

**RESPONSABILIDAD ESTATAL POR FALLA MÉDICA EN LA PRESTACIÓN DE
SERVICIOS DE SALUD –DIAGNÓSTICO EQUIVOCADO
ESTUDIO DE CASO - CASANARE**

**NELSON MANUEL BRICEÑO CHIRIVÍ
ROBERTO VEGA BARRERA**

**UNIVERSIDAD LIBRE DE COLOMBIA
FACULTAD DE DERECHO
MAESTRÍA EN DERECHO ADMINISTRATIVO
BOGOTÁ
2011**

Firma del Presidente del Jurado

Firma de Jurado

Firma de Jurado

Bogotá D.C., Agosto 23 de 2011

TABLA DE CONTENIDO

	PÁG.
INTRODUCCIÓN	13
RESUMEN	15
1. TÍTULO	17
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
2.1. Descripción del Problema	17
2.2. Formulación del Problema	18
3. HIPÓTESIS	18
4. JUSTIFICACIÓN	20
5. OBJETIVOS	22
5.1. General	22
5.2. Específicos	22
6. MARCO REFERENCIAL	23
6.1. Estado del arte	23
6.2. Marco conceptual	24
6.3. Teoría Jurisprudencial sobre falla médica	28
6.3.1. Falla probada del servicio médico	28
6.3.2. Falla presunta del servicio médico estatal	28
6.3.3. Daño antijurídico	28
6.3.4. Carga dinámica de la prueba	29
6.3.5. Presunción de causalidad	29
7. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	30
7.1. Método de investigación	30
7.1.1. Teoría de la investigación	30
7.2. Fuentes	30
7.3. Técnicas	30
8. RESULTADOS ESPERADOS	31
9. ÉTICA Y COMPORTAMIENTO VISTA DESDE LA LEX ARTIS	32
9.1. La lex artis	35

9.1.1. La lex artis en España	35
9.1.2. La lex artis ad hoc	37
9.1.3. La lex artis en Chile	40
9.1.4. La lex artis en Colombia	42
9.2. Ley 23 de 1981	46
9.2.1. Capítulo II ley 23 de 1981	47
9.2.1.1. Título II capítulo I ley 23 de 1981	49
9.3. A modo de Síntesis	50
10. DIAGNÓSTICO EQUÍVOCO	53
10.1. Diagnóstico clínico Uruguay	54
10.1.1. Diagnóstico definición y funciones	55
10.2. Equívoco de diagnóstico en España	58
10.3. Diagnóstico equívoco en Argentina	60
10.3.1. Entre 1995 y 1996	61
10.4. Medicina defensiva	62
10.4.1. Los 10 mandamientos	62
10.5. Diagnóstico equívoco (OMS)	65
10.5.1. Evento adverso	66
10.5.2. Evento adverso potencial	66
10.5.3. Error sin daño	66
10.5.4. Factores humanos (error y culpa)	67
10.6. Mala praxis médica. 44ª asamblea mundial	68
10.7. Diagnóstico equívoco en Colombia	71
10.8. Medicina defensiva en Colombia	73
10.9. Despliegue jurisprudencial	74
11. DERECHOS DE LOS PACIENTES EN EL ESTADO SOCIAL DE DERECHO	79
11.1. Marco legal	79
11.1.1. La salud en la Constitución de 1991	79
11.2. Reglamentación jurídica en salud	82

11.2.1.	Ley 100 de 1993	82
11.2.2.	Ley 1122 de 2007	86
11.2.2.1.	Objeto	86
11.2.2.2.	Comisión de regulación en salud	86
11.3.	Resolución 1043 de 2006	88
11.4.	Acuerdo 228 de 2002	88
11.5.	Decreto 1039 de 2007	88
11.5.1.	Plan nacional de salud pública. Cuatrenio 2007-2010	88
11.5.2.	Implementación	89
11.5.3.	Alcance	89
11.5.4.	Líneas de política	91
11.5.5.	Línea de política 1. Promoción de salud Y calidad de vida	92
11.5.6.	Estrategias de la promoción en salud Y calidad de vida	93
11.5.7.	Línea de política 2. Prevención de los riesgos	95
11.5.8.	Estrategias de la prevención de los riesgos	95
11.5.8.1.	A cargo de las entidades territoriales	96
11.5.8.2.	A cargo de las E.P.S.	97
11.5.9.	Línea de política 3. Recuperación y superación De los daños en salud	97
11.6.	Marco jurisprudencial	98
11.6.1.	Sentencia Consejo de Estado. Rad. 11878	99
11.6.2.	Sentencia Consejo de Estado. Rad. 13166	99
11.6.3.	Tutela Corte Constitucional 760 de 2008	100
11.6.3.1.	Cronograma de órdenes	102
11.6.3.2.	Primer tema de reforma	102
11.6.3.3.	Segundo tema de reforma	104
11.6.4.	Entrada en funcionamiento automático	

	del mecanismo subsidiario de financiación	104
11.7.	Convenios y tratados internacionales	105
12.	CRISIS DE LA SALUD EN CASANARE	108
12.1.	Marco Geográfico	108
12.2.	Caso 1	108
12.3.	Caso 2	112
12.4.	Caso 3	113
12.5.	Cuadro 1	117
12.6.	Cuadro 2	118
12.7.	Cuadro 3	118
12.8.	Cuadro 4	119
12.9.	Eventos de interés en salud pública en Casanare	119
12.10.	Cuadro 5	120
12.11.	Cuadro 6	121
12.12.	Cuadro 7	121
12.13.	Morbilidad general hospital de Yopal ESE 2008	122
12.14.	Morbilidad general servicio de urgencias	123
12.15.	Morbilidad general servicio de hospitalización	124
12.16.	Morbilidad general servicio consulta externa	125
12.17.	Morbilidad general servicio ambulatorio	126
13.	CONCLUSIONES	128
14.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	134
15.	GLOSARIO	137

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Red de Instituciones en Salud Casanare.

Cuadro 2. Recurso Institucional por Municipio Sector Salud Casanare

Cuadro 3. Recurso Humano servicio de salud Casanare

Cuadro 4. Total recurso médico Casanare

Cuadro 5. Estadística epidemiológica del Casanare 2000-2001

Cuadro 6. Tutelas en Salud 1999-2005

Cuadro 7. Evolución del número de tutelas 1999-2005

Cuadro 8. Distribución de frecuencia de la morbilidad general, Hospital de Yopal ESE, año 2008

Cuadro 9. Distribución de frecuencia de la morbilidad general, servicio de Urgencias, Hospital de Yopal ESE, año 2008

Cuadro 10. Distribución de frecuencia de la morbilidad general, servicio de Hospitalización, Hospital de Yopal ESE, año 2008

Cuadro 11. Distribución de frecuencia de la morbilidad general, servicio Consulta Externa, Hospital de Yopal ESE, año 2008

Cuadro 12. Distribución de frecuencia de la morbilidad general, servicio Ambulatorio, Hospital de Yopal ESE, año 2008

INTRODUCCIÓN

Uno de los servicios básicos con que debería contar la población sin dilación ni traba alguna, es el de la salud, pues de ella depende todo cuanto hagamos, tornándose, por lo tanto, indispensable en cualquier propósito que queramos emprender.

Este debería ser uno de los pilares del Estado Social de Derecho, a pesar que está regulado en varios artículos de la Constitución Política y que ha sido producto de los enunciados internacionales en tratados y convenios, y que como si fuera poco la Corte Constitucional ha emanado suficiente jurisprudencia al respecto, en Colombia aún se sigue sufriendo por el acceso a ese vital servicio.

Todo parte del hecho de querer convertir la salud, no en un designio constitucional obligatorio para el gobierno de turno, sino que ese mandato lo ha llevado al plano del negocio, muy lucrativo para entidades privadas, las que para hacerlo más rentable niegan sistemáticamente los procedimientos, intervenciones, medicamentos y hasta las citas. Los médicos también se han convertido en un instrumento de riqueza para esas organizaciones, pues la ética médica pasó a ser una ética del compromiso que adquiere éste para con su patrono, es decir, para con la entidad promotora de salud, la que debería llamarse, entidad promotora de riqueza, pues la vocación y ética del galeno se perdió por completo, ya no existen las ganas por querer auscultar la enfermedad por todos los caminos para determinar la patología y la posible cura, sino que lo que prima es la ligereza en los diagnósticos, pues el tiempo es limitado y hay que atender una buena cantidad de clientes para cumplir con la cuota.

Es una verdad incontestable la monetarización de la prestación de los servicios médicos asistenciales de salud en nuestro país, llegando a extremos inusitados, de ahí su crisis generalizada.

Da tristeza ver las largas filas de personas de la tercera edad, mujeres embarazadas, madres gestantes con sus menores hijos teniendo que trasnocharse en busca de una cita para mitigar su dolencia, cuando no es pegadas a un teléfono tratando de comunicarse con su E.P.S. para ser atendidos, pero que en la mayoría de casos la tan anhelada cita la dan para dos o tres meses después, en muchas ocasiones cuando corresponde el turno asignado ya es tarde, porque la enfermedad se ha dispersado tanto que se hace imposible su cura.

Uno de los mecanismos con que cuenta la población y que hasta ahora ha dado resultado, es la tutela, ha pesar de gozar con tantos detractores y enemigos, entre los que se encuentran los gobiernos de turno, porque les parece mas loable defender los grandes capitales, máxime si son extranjeros, que los intereses del conglomerado, se ha podido mantener, aunque con varias reformas, y con la amenaza latente de desaparecer.

El interés general tan renombrado en toda la constitución ha pasado a un segundo plano, porque el pueblo se ha amoldado y ha hecho caso de los gobiernos de turno sin protestar, quedando a merced de estos los designios de la población, es decir, la nación ha y sigue aguantando todo cuanto le impongan sin pronunciamiento alguno, pues la adoración a sus dirigentes ha traspasado el amor a su familia. No es de olvidar que la violencia que ha sufrido este país a lo largo de su historia, ha sido propiciada por las castas políticas, pero los muertos los sigue poniendo el Pueblo de a pie.

RESUMEN

Hemos querido hacer un análisis de la salud en Colombia, pero haciendo énfasis en el departamento del Casanare, por ser éste la morada de nuestras familias, sin dejar de lado el acontecer en otras latitudes latinoamericanas, y en Europa, España.

El primer contenido lo hemos dedicado al despliegue de la ética y comportamiento médico visto desde la *lex artis*. Analizada ésta desde los tiempos remotos de la práctica de la medicina por los griegos, hasta nuestros días. Los cambios que esta ha tenido por intereses capitalistas, enumerando el desarrollo sufrido en países como: España, Chile y Colombia.

En el segundo trazado hacemos alusión al diagnóstico equivoco en las apreciaciones de los médicos, connotando que este es un flagelo sufrido a nivel mundial. Traemos a colación los pronunciamientos sobre la materia en Uruguay, España, Argentina y Colombia. Así, como la práctica de la medicina defensiva, que hace referencia al temor de los médicos por querer apartarse de intervenciones y procedimientos quirúrgicos que los puedan comprometer en una responsabilidad, perdiendo éstos el amor por la profesión. Y, cómo esa práctica se ha llevado en Colombia, porque si hay posibilidad de no realizar el procedimiento, tanto mejor para los intereses gananciales de la empresa, sin importar la salud y vida del paciente. Rematamos ese capítulo con un despliegue corto de lo que ha dicho la Corte Constitucional al respecto.

El capítulo tercero está dirigido a los derechos de los pacientes en el Estado social de Derecho. Comenzamos con la salud en la constitución de 1991. No son pocos los artículos que designa la Constitución para referirse al tema de la salud, desde el preámbulo se avizora el propósito de la patria en materia de salud, y relacionamos también el normativo legal al respecto desde la ley 100 de 1993,

hasta la ley 1122 de 2007, y la tutela 760 de 2008, donde la Corte Constitucional hizo un esfuerzo grande por querer enderezar la prestación del servicio de salud, anunciando unos parámetros para ser cumplidos en la materia.

Igualmente traemos a colación los enunciados de los tratados y convenios internacionales que han sido ratificados por Colombia en el tema.

Y por último, hacemos énfasis del asunto en el departamento de Casanare. Al mismo tenor, hacemos un recuento de casos y referimos la realidad de este servicio a nivel del departamento, con cifras de los organismos de salud.

1. TÍTULO.

RESPONSABILIDAD ESTATAL POR FALLA MÉDICA EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD –DIAGNÓSTICO EQUIVOCADO - ESTUDIO DE CASO CASANARE.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Descripción del problema.

La falla médica ha sido uno de los generantes de mayor responsabilidad estatal, en razón a la deficiente prestación del servicio público de salud en los establecimientos que la Nación ha dispuesto para ello. Con ocasión de la reforma introducida en esta materia por la Ley 100 de 1993, y al perderse el sentido de seguridad pública que inspiraba hasta ese entonces a los servicios de salud, se comercializó y mercantilizó esta actividad esencial del Estado con la consecuente pérdida de confianza de los asociados (Usuarios) y la desidia por parte de los profesionales encargados de prodigarla conllevando desmejora, malos procedimientos, diagnósticos equivocados, y en últimas, causación de daños, que al ser propiciados por la acción o la omisión de servidores públicos, son susceptibles de resarcimiento con perjuicio del erario. Caso particular, la salud en el Departamento del Casanare, esta región del país, no obstante contar con recursos suficientes por la bonanza petrolera y sus ricas zonas ganaderas, ha caído igualmente en la mala y deficiente prestación del servicio de salud, razón por la cual, es objeto de análisis en el presente trabajo.

Atendiendo a la normatividad interna, el artículo 90 del estatuto superior de 1991, estatuyó la responsabilidad del Estado al determinar que éste “responderá

patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas”. Como es bien sabido y de acuerdo a la descentralización por servicios los particulares son los prestadores de la salud en Colombia, pero al desempeñar una labor que le compete al Estado, pues éste debe estar vigilante a que el servicio se preste en debida forma y de no ser así, es obvio que surge la responsabilidad de aquel.

Es pertinente acotar, que las disposiciones entronizadas por el Constituyente colombiano en la constitución política y desarrollada, tanto por el legislador, como por la jurisprudencia de las altas cortes, responde a los estándares internacionales que se han venido trazando por los organismos de tal índole en esa materia.

2.2. Formulación del problema.

¿Cuál es la responsabilidad del Estado por diagnóstico equivocado en la prestación de los servicios de salud?

3. HIPÓTESIS.

Existe responsabilidad del Estado por el diagnóstico equivocado en la prestación del servicio de salud por cuanto su ocurrencia es causante de daños a la integridad física, fisiológica, moral y patrimonial de los usuarios.

Existe un principio de derecho que establece que todo aquel que ha inferido daño o agravio a otra persona debe indemnizarlo, principio este positivizado por el Código Civil en su artículo 2356, y desarrollado posteriormente por el Art. 90 de la Constitución Nacional.

Es evidente las protuberantes fallas que nuestro sistema de salud, establecido por la Ley 100 de 1993, presenta a diario, por cuanto, en realidad, lo han convertido en un negocio, por demás lucrativo, dejando de lado la eficiente prestación de los servicios médicos, lo mismo que el diagnóstico y atención oportuna.

Es igualmente contundente el hecho que en la mayoría de instituciones oficiales, se vinculan como médicos a personal sin la debida experiencia, personas que han terminado sus estudios y acceden a hacer sus internados –año rural-, en donde, como es obvio, vienen a practicar con la población casanareña, (así lo dejan entrever los datos estadísticos expuestos en los cuadros 1,2,3 y 4), lo anterior aunado a los extenuantes turnos a que son sometidos, lo mismo que la disponibilidad permanente.

Asimismo, es preocupante saber que como se trata de un negocio lucrativo, y que por tanto, debe producir rentabilidad, se ha dejado de lado la parte humana, social, solidaria y ética de la profesión medica, convirtiendo al profesional en un instrumento generador de plusvalía, imponiéndoles a éstos “practicantes” que deben atender un número exagerado de pacientes, sin que les sea posible ejercer un examen serio y ponderado de los mismos.

Y qué no decir de los medicamentos, se les impone a los pacientes la formulación de ciertos de éstos, no con base en su sapiencia, leal saber y entender y conforme al diagnóstico, sino aplicando tablas y resoluciones, vr, gr. Acuerdo 083 de 2003 Medicamentos POS –los más baratos, genéricos- en una flagrante violación de los derechos fundamentales de los usuarios a la prestación de los servicios de salud, de forma eficiente y oportuna, por conexidad con el Derecho a la vida. Y, como si fuera poco a veces hay que tutelar el suministro de los mismos, toda vez que las E.P.S. se les ha dado por no atender los requerimientos del médico que los formula, ni las recomendaciones de la Corte Constitucional para que sean suministrados.

Con base en el panorama del problema antes esbozado (prestación de los servicios de salud en entidades oficiales de Casanare), se ha constatado a nivel departamental la ocurrencia reiterada del fenómeno de diagnósticos equivocados, que como es lógico, han vulnerado mínimos y elementales derechos fundamentales de los usuarios, y que por ende, han conllevado a demandas en contra del Estado, muchas de las cuales han sido falladas imponiendo condenas cuantiosas en desmedro del erario y de la colectividad en general.

4. JUSTIFICACIÓN.

Es importante abordar el estudio de la responsabilidad médica por diagnóstico equivocado, toda vez que, son muchas las personas que se ven afectadas con este tipo de situaciones; debiendo afrontar daños no solo a su integridad física y patrimonio económico, sino también de índole moral y de afección a la vida de relación, los cuales por constituir una FALLA EN EL SERVICIO, conlleva condenas al Estado en detrimento del erario.

El tema de la responsabilidad extracontractual del Estado por falla médica reviste gran interés de carácter general, habida cuenta de la actualidad del mismo en nuestro departamento.

Es importante analizar, valorar y calificar el cómo influye un diagnóstico médico equivocado en el deterioro de la imagen de la seguridad social en salud y la pérdida de confianza del usuario en el sistema universalmente considerado.

Es necesario determinar en la jurisdicción departamental de Casanare, la periodicidad de ocurrencia de eventos relacionados con diagnósticos erróneos en

las entidades oficiales de prestación de servicios de salud, para concluir cuáles son las causas de tal anomalía y el porqué de su recurrencia.

Se considera bastante útil el tratamiento y análisis de esta clase de responsabilidad, por cuanto posibilita discernir y cuantificar los índices de incidencia en condenas contra el Estado, debido a los diagnósticos médicos erróneos.

En realidad, no se conoce un trabajo investigativo que deje establecido, de forma clara, fehaciente y con datos confiables, la realidad de la salud en Casanare y las implicaciones que en el erario han tenido los diagnósticos equivocados; es decir, la falla en la prestación del servicio público de salud.

Igualmente esto permitirá identificar las causas más frecuentes que conllevan a un diagnóstico equivocado, con el fin de buscar correctivos jurídicos y operacionales en la prestación de los servicios de salud.

Se pretende contribuir con parámetros claros y definidos en aras de brindar un servicio médico pronto, oportuno, humano, eficaz y científico a toda la población colombiana, lo mismo que humanizar la labor ejercida por los galenos en el país.

5. OBJETIVOS.

5.1. General. Analizar la responsabilidad del Estado por diagnóstico equivocado en la prestación de los servicios de salud. Caso, Departamento de Casanare.

5.2. Específicos

5.2.1. Identificar la responsabilidad del Estado por diagnósticos equivocados.

5.2.2. Establecer si la legislación y la monetarización de los servicios de salud, inciden de forma directa en la adopción de diagnósticos equivocados, con las consecuencias económicas consabidas.

5.2.3. Describir si la falta de adiestramiento, autonomía y ética en los profesionales de la medicina –en especial aquellos que prestan su servicio social obligatorio-, necesariamente conducen a emisión de diagnósticos equivocados, y por ende, responsabilidad del Estado por falla médica.

5.2.4. Conocer los derechos de los pacientes en el Estado Social de Derecho.

5.2.5. Evidenciar la profunda crisis por la cual atraviesa la salud en Casanare y la necesidad apremiante de efectivizar los postulados constitucionales y normativos de la Ley 100 de 1993, y demás postulados legales.

6. MARCO REFERENCIAL.

6.1. Estado del Arte.

Existe muy poca documentación especializada sobre diagnóstico equívoco en Colombia, pero en el contexto internacional si se ha tratado el tema, autores como: MANUEL QUINTANA FERGUSON, en su obra “La Responsabilidad Civil del Médico”, MIGUEL RODRIGUEZ JOUVENCEL en su “Manual del Perito Médico” y MARIA VICTORIA REVUELTAS IGLESIAS, en “El riesgo de la judicialización de la medicina”, en España. JERÓNIMO SALGUEROA y JUAN MANUEL CASTELLANOS en obras como, “Buena y Mala Práctica Médica”, y, en un artículo sobre las estadísticas de los reclamos judiciales por mala praxis médica, para la revista Médico Legal No. 44 de Buenos Aires, el segundo de ellos, en Argentina. Y en Colombia ASTOLFO FRANCO de la Universidad del Valle, Revista Colombia Médica. Vol: 36 No. 2, 2005. Principalmente han tratado, de manera general, el contexto de la *Responsabilidad del Estado por Falla del Servicio Médico*, sin abordarse de forma específica la falla médica por error en el diagnóstico.

Para el caso colombiano, debe indicarse que el bosquejo general y desarrollo de ésta forma de responsabilidad estatal (falla médica), se ha realizado de manera pretoriana (jurisprudencial), por lo cual, debe acudirse necesariamente como fuente a las diversas sentencias del Consejo de Estado y de la Corte Suprema de Justicia, las cuales delimitan de manera precisa las diferentes teorías y regímenes aplicables en cada caso específico, como se detalla más adelante en este trabajo.

En tratándose del Departamento de Casanare, los fallos dictados por los juzgados y el tribunal administrativo, son aleccionadores sobre la recurrente mala prestación del servicio médico en los establecimientos oficiales, lo que ha conllevado condenas cuantiosas en contra del Estado.

6.2. Marco Conceptual

En efecto, algunos doctrinantes¹ ubican la responsabilidad médica como una más, dentro del universo de la responsabilidad patrimonial a que da lugar el ejercicio de las profesiones liberales, cuando con ella se viola el principio de no dañar a los demás.

A juicio del autor citado “La responsabilidad médica es más sensible a la sociedad, como quiera que incluye a toda la comunidad, usuaria real y potencial de los servicios de salud, que demandan no solo la atención médica, sino también un servicio de calidad”

Y plantea además –criterio que se comparte- “Atención médica que se caracteriza en nuestro país por la ampliación de cobertura que ha traído la ley 100 de 1993, que responde a una demanda cada vez mayor de estos servicios, que si bien ha masificado la atención en salud, ha incidido negativamente en su calidad, por la escasez de recursos, la mala administración, las cargas laborales, pero, por sobre todo, el cambio de racionalidad imperante en el sistema, pues se ha pasado de entender la salud como un servicio, y ésta se ha constituido en una mercancía más, que ha motivado la participación del sector privado en las prestación y promoción, que ve en la salud así entendida un sector más de inversión, que ha traído como consecuencia, que la prestación en salud, hoy día, esta dominada por el ánimo de lucro y la ganancia, cuya lógica consiste en atender más personas en menor tiempo, desestimular el requerimiento del servicio con cuotas moderadoras, prescribir los menores tratamientos, ordenando la menor cantidad de exámenes de laboratorio, dejando de remitir los pacientes a los especialistas, prescribiendo medicamentos genéricos y de menor calidad, todos dentro del límite irrisorio del POS, pagándole honorarios exigüos a los médicos, etc., que los

¹ SERRANO Escobar, Luis Guillermo. Aspectos Críticos de la Responsabilidad Médica en la Actualidad. Bogotá, Ediciones Doctrina y Ley, 2004, pag. viii-ix.

compele a vincularse simultáneamente a varias instituciones para tener un rango de vida digno; en medio de lo cual queda el usuario”².

Por su parte, el ex consejero de Estado Daniel Suárez Hernández³ aborda el tema desde el ángulo jurídico pero haciendo la distinción entre los puntos de vista sustancial, procedimental y probatorio; afirmando “Yo comienzo por decirles a ustedes que el derecho contemporáneo, el derecho actuante, el derecho vívido, el que nos esta acompañando en el mundo entero arranca del daño. Ya se pierde la importancia que tradicionalmente, milenariamente se había venido dando al sujeto agente. Es que como que nos habíamos acostumbrado a aquella de que ‘el que con dolo o culpa ocasione un daño a otro, y, entonces, nos quedábamos en la primera parte ‘el que con daño o culpa ocasione un daño a otro’ y nos olvidábamos, precisamente, del punto central y del aspecto central que era la víctima, el que sufría el daño (...) De manera que de una forma muy sencilla y elemental el faro que nos guía en materia del tema que aquí su debate es: ¿Hubo un daño?, en primer lugar; segundo, ¿La víctima debe soportarlo o no? Si la primera respuesta es sí hubo el daño, la segunda, la víctima debe soportarlo, entonces, miremos a ver a quién se le achaca, a quién se le enrostra esa responsabilidad (...) Por eso es importante mirar el tema de la responsabilidad, desde tres momentos o, mejor en tres etapas, en la etapa previa a una intervención médica –quirúrgica, en la propia intervención quirúrgica y, aún, en la etapa posterior, en el postoperatorio, allí se da mucha actividad y, por ende, cualquier negligencia, cualquier incumplimiento, cualquier cumplimiento tardío o inexacto, puede acarrear responsabilidad. La fuente jurídica de la responsabilidad en el campo del derecho administrativo, surge de la propia Constitución y la desarrolla en las leyes, decretos y reglamentos (...), esta fuente jurídica de la responsabilidad del Estado, hace que en un momento dado, demostrando que no se presto el servicio, que se prestó deficientemente, que se prestó tardíamente o,

² Ibídem

³ TAMAYO Jaramillo, Javier y otros. Responsabilidad Civil Médica en los Servicios de Salud. 1ª Edición, Medellín, Biblioteca Jurídica Dike, 1993, Pags. 301 y ss.

contrario a las reglas de la actividad que se demanda, hace que se concluya que hubo una falta o una falla en la prestación de ese servicio, de manera que parece en un momento dado un poco más sencillo pretender el reconocimiento o la declaratoria de una responsabilidad en el campo del derecho público, que en el propio campo del derecho privado (...) Esa dosimetría en materia probatoria, tuvo su razón de ser y cumplió su cometido, se dijo simplemente, pues, el demandante, pero bien pronto se dieron cuenta que esa regla era insuficiente”.

Se llega así en el devenir histórico a la formulación de una aparente distribución y redistribución de carga en la prueba, en la cual y conforme a las circunstancias en que se haya desarrollado el caso incumbía, a una u otra de las partes o a ambas, aportar el material probatorio correspondiente.

Finalmente, se llegó a “Acabar con ese mito que se estaba tornando injusto, y subrayo ese término, de exigirle, de imponerle al actor, la víctima del accidente, la víctima de la mala intervención médica, la víctima de la desatención de la prestación del servicio público de salud; además de su sufrimiento, además de su nostalgia, además de su disminución patrimonial por el hecho, cargarle con una nueva carga que era la carga de la prueba. Y, entonces, se dijo, hagamos una dosimetría que resulte equitativa. Fue precisamente ponernos a observar lo que ocurre en una sociedad como la nuestra, una sociedad convulsionada, en una sociedad de apremios, de angustias y se dijo, esa víctima no está en la condición de poder demostrar el dolo o culpa con que intervino el médico, o con que procedió el director del hospital o de la clínica, o cualquier funcionario, o cualquier agente de la administración. Y, entonces, viene un paliativo a esas injusticias, porque esa es la labor del juez, es que el juez no es el ser sin espíritu y sin corazón sin inteligencia, que se limita simplemente a ver si hay una norma y a aplicar esa norma. No, es a solucionar el conflicto y a reconocerle los derechos subjetivos que les compete a los litigantes. El justiciable clama por su caso, el litigante no clama por la teorización, ni por la teoría general, esos son los

académicos. Se hace academia allá a manera de laboratorio, pero la judicatura impone la resolución del caso concreto y el reconocimiento del derecho que se está litigando y que está siendo sometido al Estado, porque no se puede solucionar pacíficamente, porque no hubo una auto composición entre los litigantes. Entonces hay que echar mano al fenómeno de la heterocomposición para que venga el Estado y solucione”⁴.

Más recientemente y en consonancia con las modernas teorías acogidas y aplicadas por los diferentes tribunales de diversos países, el Consejero de Estado Ramiro Saavedra Becerra ha indicado: “Desde la perspectiva del artículo 90 del Código Penal (sic), es claro que por una parte está la responsabilidad de los entes estatales que se genera en la prestación del servicio médico, y otra la que corresponde al profesional o profesionales médicos que realizaron de manera directa las actuaciones propias de dicho servicio. En tanto, que en el primer caso, la responsabilidad se compromete desde que se configura el daño antijurídico que se atribuye a la entidad pública; en el segundo, es imperativo demostrar que el agente médico obró con culpa grave o dolo. El primero es el campo de la responsabilidad médica estatal frente a los particulares, y el segundo el de la responsabilidad de los agentes públicos frente al Estado.

De otra parte, es necesario distinguir entre la responsabilidad del servicio médico mismo por un lado, y la responsabilidad por el *funcionamiento administrativo* o la organización de los entes hospitalarios estatales por el otro. La insuficiencia de los elementos adscritos o necesarios para la prestación del servicio hospitalario, como sería la carencia de ambulancias, la falta de drogas o de reservas de sangre, lo inadecuado de las instalaciones, o los errores en el mantenimiento de los equipos quirúrgicos entre otros, genera una responsabilidad cuyo fundamento,

⁴ Ibid., P. 305 - 306

generalmente la falla probada, es diferente de la que surge del servicio médico o quirúrgico”⁵.

6.3. Teoría Jurisprudencial sobre falla médica.

El tema que ocupa nuestra atención – Responsabilidad del Estado por Falla Médica- ha sido delimitado por lo menos en las siguientes teorías:

6.3.1. Falla Probada del Servicio Médico, la cual suponía que al actor le correspondía la carga probatoria que materializa la existencia de falla en el servicio, y de los demás elementos configurativos de la responsabilidad del Estado⁶.

6.3.2. Falla Presunta del Servicio Médico Estatal, la cual plantea la reflexión acerca de la necesidad de la inversión de la carga probatoria, considerando que no es al perjudicado a quien le corresponde la demostración de la falta de diligencia y cuidado de la persona que los ejecuta sino que es a ésta a quien le toca probar que actuó con diligencia y cuidado, por ser la persona que está al corriente de la manera como las cosas han ocurrido⁷.

6.3.3. Criterio del Daño Antijurídico como Fundamento de la Responsabilidad Patrimonial del Estado, la cual conlleva a que se haga una diferenciación entre obligaciones de medio y de resultado, para efecto de la aplicación de la responsabilidad objetiva a que da lugar la noción de daño antijurídico, sosteniendo

⁵ SAAVEDRA Becerra, Ramiro. La Responsabilidad Extracontractual de la Administración Pública. Cuarta reimpresión, 2008, Grupo Editorial Ibáñez, pag. 298-299.

⁶ Consejo de Estado, Sala de lo Contenciosos Administrativo, Sección Tercera, sentencia de abril 11 de 2002, exp. 66001-23-31-000-1995-2807-01 (13227), CP : Alier Eduardo Hernández Enríquez.

⁷ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de 30 de Julio de 1992, exp. 6897,CP: Daniel Suárez Hernández.

que el criterio del daño antijurídico no se aplica a la obligación de medios, que es como se considera de manera general la obligación médica⁸.

6.3.4. Concepto de la Carga Dinámica de la Prueba, para delimitar el campo de aplicación de la presunción de falla del servicio en la responsabilidad médica estatal, diferenciado entre las actividades técnicas y científicas en donde sería procedente la aplicación de la presunción, de las que no lo son, lo cual supone la valoración por parte del juez, de si éstas se encuentran presentes, o no, pues en su defecto puede haber situaciones en las que es el paciente quien se encuentra en mejor posición para demostrar ciertos hechos relacionados con la actuación de la entidad respectiva⁹.

6.3.5. Presunción de Causalidad, mediante la cual se reconoce la condición de inferioridad probatoria en que se encuentra el paciente en relación con el médico, que es quien realiza la conducta, proclamando la necesidad de invertir la carga de la prueba de la relación de causalidad, en donde la víctima solo tiene que demostrar que el servicio intervino en la realización del perjuicio, correspondiéndole al médico la demostración de la causalidad fortuita¹⁰.

⁸ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencias de 07 de Octubre de 1991; 13 de Septiembre de 1991, exp. 6253; 24 de Octubre de 1990, exp. 5902; 30 de Junio de 1992, exp. 6897.

⁹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de Marzo 22 de 2001, exp. 63001-23-31-000-1995-3700-01 (13284), CP: Ricardo Hoyos Duque.

¹⁰ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de Junio 14 de 2001, exp. 13001-23-31-000-1990-7392-01 (11901), CP: Alier Eduardo Hernández Enríquez

7. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.

7.1. Método de investigación.

7.1.1. Teórica. Para desarrollar nuestro trabajo de investigación y dado el marco teórico descrito anteriormente, utilizaremos los siguientes métodos de investigación: El analítico y el inductivo deductivo, porque consideramos que es el más adecuado para el análisis de jurisprudencia, doctrina y derecho comparado. En tratándose del inductivo – deductivo, nos permite partir de un caso particular determinado para llegar al conocimiento general y efectuar el diagnóstico respectivo.

7.2. Fuentes.

Será de dos tipos. Primarias, en cuanto abordaremos el estudio de las disposiciones constitucionales sobre la materia y secundarias por cuanto se acudirá al estudio y análisis de jurisprudencia y doctrina.

7.3. Técnicas.

En el departamento de Casanare ha sido frecuente, dentro de los últimos siete años, que se presenten reclamaciones por vía judicial debidas a diagnósticos equivocados por parte de profesionales que prestan sus servicios en toda la jurisdicción, especialmente en el Hospital de Yopal y de Aguazul.

8. RESULTADOS ESPERADOS

Se pretende aportar a la literatura jurídica un ensayo de fácil consulta, en el cual se pone de relieve la verdadera situación de la salud en Colombia y el Casanare, y sus implicaciones económicas, el cual servirá no solo para los usuarios del servicio, sino para los prestadores del mismo, e incluso será punto referencial para las autoridades del orden nacional encargadas de la dirección y vigilancia en salud pública.

Inequívocamente, se trata de un tema nuevo en Colombia, que algunos autores han abordado de manera general como “falla médica”, sin circunscribirlo al DIAGNÓSTICO EQUIVOCADO, por lo cual, los resultados del mismo constituyen una innovación, que cree una “conciencia social” de la real magnitud del problema y sus implicaciones de índole social y económico.

Igualmente, constituye el trabajo de investigación para optar por el título de Magíster de Derecho administrativo.

9. ÉTICA Y COMPORTAMIENTO MEDICO VISTA DESDE LA “*LEX ARTIS*”.

Sabido es, que desde tiempos remotos ya se cuestionaba el obrar de los médicos. Siendo así, que la falla emanara de la confrontación entre la conducta obrada y la conducta debida, por un galeno prudente y diligente; elevándolo a la categoría o clase, en la que se pueda encuadrar al deudor de la prestación asistencial, en similares circunstancias y con similares recursos, del obrar de otro. De modo pues, que bien vale la pena ponderar los presupuestos de tiempo, modo y lugar en que se llevo a cabo la intervención o el diagnóstico, para poder determinar hasta donde hubo negligencia en la utilización de los recursos de tipo mecánico y hasta donde hubo impericia en el comportamiento del médico y si el diagnóstico o el procedimiento dado fue acertado, o no.

“Hipócrates se queja modestamente de la injusticia de aquellos que desacreditan la medicina, con el pretexto de que por lo regular el paciente se muere en manos de los médicos. Como si no se pudiera imputar la muerte del enfermo a la insuperable violencia de la enfermedad, lo mismo, o más bien, que a la falta del médico que le asistió”¹¹.

Hablar de responsabilidad médica, es meternos quizá, en plano de lo desconocido, porque los hechos deben ser muy evidentes para poder comprobar la negligencia, la impericia, la falta de cuidado, el mal proceder, la culpa y el dolo, si llegare a eso. Pues no podemos pasar por alto que los médicos son seres humanos que también cometen errores, pero que en el caso de intervenciones médicas y quirúrgicas, se pagan con la vida del paciente.

¹¹ ORTIZ DE LA VEGA, Manuel. Las Glorias Nacionales. Tomo III. Librería de José Cuesta, Madrid España. 1855.

Es frecuente el relato de casos en el que algún paciente haya entrado al quirófano para una cirugía menor o ambulatoria, y el resultado haya sido el fallecimiento de la persona o la secuela de una malformación, e incluso, una postración en estado de coma o vegetativo; con el agravante de no saber lo sucedido, porque por muy sano que haya estado el paciente a la hora de entrar al procedimiento, nadie puede descartar un desarrollo adverso, pues la complejidad de la vida y del cuerpo humano, hace que en ciertas circunstancias estos se comporten extrañamente, que incluso puede ser una sorpresa grande para el cuerpo médico; desencadenándose diferentes patologías que conllevan al deterioro de la existencia del humano.

Como también, puede haber casos que sean el adverso de la moneda, un paciente en estado crítico, incluso sin signos vitales, que se recupere satisfactoriamente. Por eso es célebre la respuesta del galeno, a la pregunta: ¿Doctor, cómo está el paciente? Y la replica seguida del médico ¡vamos a ver como evoluciona! Porque el desencadenamiento de efectos extraños, puede venir, incluso, después de haber salido con éxito del procedimiento médico.

Entonces, ¿cómo comprobar lo contrario?, es decir, ¿cómo le imputamos o cuando le atribuimos la responsabilidad a los galenos?

Se podría pensar que con los adelantos de los equipos utilizados en medicina, así como los diferentes exámenes que es sometido el paciente, es de creer que debe haber una certidumbre elevada en el diagnóstico, y por ende, en el tratamiento de la enfermedad, bien sea mediante una intervención quirúrgica o con procedimiento curativo a base de medicamentos.

De la misma manera, se tiene el convencimiento que se está en manos de profesionales, sabedores de su oficio, quienes por vocación, mas que por cualquier otra cosa, van a llevar a cabo el cuidado del paciente, poniendo en la

intervención la sapiencia necesaria para que el enfermo salga adelante de los quebrantos que padece.

Pero la verdad, esto no ha funcionado como es de esperarse, aún se siguen presentando casos en los que la praxis médica causa muchos inconvenientes a pacientes y familiares, por error en la codificación de la enfermedad y la acción a seguir. Es decir, no se determina acertadamente el diagnóstico de la enfermedad, y por lo tanto, las recomendaciones para la cura también son desacertadas.

Existen enfermedades que son de difícil diagnóstico, por ser extrañas, a diario casi descubren una nueva patología o una nueva mutación de una enfermedad ya conocida. En la Asociación Internacional “Fibrodysplasia” “Ossificans” Progresiva, el Doctor Joseph Kitterman, profesor de pediatría en la Universidad de Filadelfia y Pensilvania (USA), señala que el FOP¹², es una de las enfermedades más extrañas del mundo. Indica que hay pocos doctores que se encuentran con ella en las facultades de medicina. Sus síntomas son desconcertantes y no es de extrañar que sea comúnmente mal diagnosticada. Los índices de diagnóstico equivocados para FOP, son de un 80% o más, sostiene el científico.

Tal vez en Colombia no se cuestionaba el proceder del médico, se le tenía como la suprema autoridad en el diagnóstico, era por supuesto creíble, aceptado y entendido el concepto o el dictamen médico, pero con el tiempo comenzó la desconfianza proveniente de la condición humana del cirujano, y tal vez, no solo eso, sino que con el devenir del comercio, se paso de la vocación médica, al del proyecto de enriquecimiento y posición social a través de la práctica de la profesión. Entonces, acudieron a la conquista de clientes, (porque ya no se les tilda de pacientes). Por otro lado, surgen las empresas prestadoras de salud que manipulan la ética del médico, así, como el tiempo que se le debe dedicar a cada

¹² FOP: Son tumores o neoplasmas, el Doctor Joseph Kitterman, está evaluando los índices de diagnóstico equivocado en FOP, así como las causa más comunes para el diagnóstico equivocado.

usuario, convirtiendo la salud en uno de los negocios más lucrativos a nivel mundial, ya la ética la diversificaron en dos: la ética del médico para con sus pacientes y la ética del empleado del prestador de los servicios de salud, para con su patrono.

De tal manera, que los Estados han tenido que hacer toda una legislación tendiente a defender la atención de los pacientes, así como el derecho a la vida de los mismos, y como si fuera poco, los jueces de la República han tenido que amparar las necesidades médicas apremiantes mediante fallos de tutela, soportándolos, en los pronunciamientos de la corte constitucional.

9.1. La “Lex Artis”

Esta palabra latina que significa ley del arte o ley para el arte, da a entender de que manera se debe aplicar el conocimiento y la forma como éste debe ser emprendido o realizado. De modo pues, que la imputación del daño sufrido por el paciente, al médico y por supuesto al Estado, debe estar determinado en el mal proceder del agente realizador de la conducta, es decir, que la “*lex artis*” no haya sido desempeñada a cabalidad por el equipo médico.

9.1.1. La “Lex Artis” en España

“El Derecho Español define que una intervención médica es correcta si esta medicación indicada se ha realizado de acuerdo a la “*lex artis*”, y se llevó a cabo con el consentimiento del Paciente. A su vez, el derecho castiga la actuación médica si hubo negligencia, comportamiento descuidado, falta de atención debida u olvido del auténtico ejercicio profesional, que no es otra cosa sino la ayuda y solidaridad humanas”¹³.

¹³ BAYÉS, De Luna Antoni. Ad, Cardiología Clínica Ediciones El Servier, Madrid España, página 73.

José Guerrero Zaplana¹⁴ señala que: “La responsabilidad patrimonial de la administración sólo surge cuando hay una determinada realización de causalidad entre la actividad y el resultado dañoso producido y que se haya dado por parte de la administración, o el personal médico a sus servicio, una infracción de la “*lex artis*” que exige que, en el caso concreto, se actúe de un modo diferente a como se hizo.

Así pues, a la administración sanitaria no se le puede exigir un resultado positivo en todo lo supuesto de actuación, no se le olvide que está tratando con la salud y la integridad física de las personas y no es posible garantizar dicho resultado positivo, ello dado al carácter contingente de la vida y la salud. Lo que se debe exigir, pues, es que la administración sanitaria despliegue los medios a su alcance para que la asistencia que se preste a los usuarios del sistema nacional de salud sea la más adecuada a las circunstancias del caso, y siempre dentro de los márgenes marcados de la *lex artis* (...).

(...) por lo tanto, lo que es materialmente y físicamente imposible, es aplicar un sistema de responsabilidad objetivo absolutamente puro, que aplicase como norma para determinar la relación de causalidad, la teoría de equivalencia de las condiciones, (el que es causa de la causa, es causa del mal causado), y ello, siempre que no se lograra el pleno restablecimiento de la salud del enfermo, había lugar a la responsabilidad patrimonial de la administración. Por el contrario, en el ámbito de la responsabilidad sanitaria, la garantía de la salud solo tendría carácter relativo, y la obligación de la administración es de una prestación de medios y no de resultados. El criterio de la “*lex artis*” funciona así, pues, como límite del ejercicio de la responsabilidad patrimonial, de la administración sanitaria, y sirve

¹⁴ ZAPLANA, José Guerrero. Las Reclamaciones por la defectuosa asistencia médica, páginas 161 a 163. Doctrina y Jurisprudencia, Legislación y Formularios quinta edición. Madrid España.

para poner freno a los excesos que resultarían de una aplicación rigurosa de la responsabilidad patrimonial considerada puramente objetiva”.

Bayés De Luna, refiriéndose a la “*lex artis*” sostiene que: “se ha dicho que la medicina tiene un momento de ciencia -el estudio de las enfermedades como entidades universales-, pero que también tiene otro momento de arte o técnica, el estudio de los individuos enfermos, que recibe el nombre de clínica. Es obligación de la medicina, no del derecho, diferenciar cada momento, los criterios científico generales de actuación o de <<buena práctica>>, y a esto se le llama “*lex artis*”. (...) pero además, dada la diversidad de situaciones clínicas, de pacientes y de contextos sanitarios, es imprescindible establecer criterios prudentes de actuación en determinadas circunstancias, lo que algunos denominan “*lex artis ad hoc*”.

Es aquí donde habría que considerar específicamente las decisiones prudentiales que adopta cada médico, con cada paciente en particular; decisiones que siempre serán racionales, pero tomadas en condiciones de incertidumbre. Por analogía con la jurisprudencia, la <<medisprudencia>> será, pues, la aplicación prudente y razonable, y el facultativo de los criterios genéricos a las situaciones y circunstancias concretas de los individuos (p.ej, lo que es posible en un centro terciario no lo es en uno de asistencia primaria, ni lo que puede hacerse en una gran ciudad es lo mismo que se puede exigir a un médico que se encuentra en un medio alejado en circunstancias precarias). El sentir que quiere expresar la “*lex artis*” es el modo de actuar propio del buen profesional o del buen técnico”¹⁵.

9.1.2. Lex artis ad hoc

De modo pues, que aunque con la misma sintomatología la enfermedad no se desarrolla de igual forma en diferentes pacientes, cada uno debe recibir una aplicación de la cura diseñada para la evolución de la misma, empleando la “*lex*

¹⁵ Op cit pag 73

artis ad hoc”, es decir, para cada caso en concreto, pues el metabolismo de cada ser humano es distinto, desencadenándose un progreso disímil en uno y otro enfermo.

“Puede entenderse la “*lex artis ad hoc*”, como aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina – ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del actor, y en su caso, de la influencia en otros factores endógenos – estado o intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria-, para calificar dicho acto de conforme o no con la con la técnica normal requerida, (derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos del legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados, y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor/médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado)”¹⁶.

De tal manera, que el médico tratante debe auscultar por todos los medios el devenir de la enfermedad, para de ese modo determinar el tratamiento a seguir, pues la genética juega un papel importante en el desarrollo del padecimiento acusado por el paciente.

Igualmente Luis Martínez, citado anteriormente, literaliza los parámetros a juzgar en la “*lex artis*” canalizándolas de la siguiente manera:

“A). Como tal “*lex*”, implica una regla de medición de una conducta, a tenor de unos baremos que valoran la misma.

¹⁶ Martínez Luis- CALCERRADA y GOMEZL, la Responsabilidad Civil Médico Sanitaria, editorial Tecnos, Madrid España pag. 10

B). Objetivo: Se trata de valorar la corrección o no del resultado de dicha conducta, o su conformidad con la técnica normal requerida, o sea, que esa actuación médica sea adecuada o se corresponda con la generalidad de conductas profesionales ante casos análogos.

C). Técnica: Los principios o normas de la profesión médica en cuanto ciencia se proyectan al exterior a través de una técnica y según el parte personal de su autor.

D). Profesionalidad: El autor o afectado por la “*lex*” es un profesional de la medicina.

E). Módulos de integración axiológica: *a)* autor: circunstancias personales y profesionales –especialidad del medico; *b)* del objeto sobre que recae: especie de acto (clase de intervención, gravedad o no, dificultad de ejecución); *c)* factores endógenos: (tanto en la intervención o en sus consecuencias, puede haber influido el estado del enfermo –grave o no-, así como sus familiares -tensión suplicante por la enfermedad-, la misma organización sanitaria –debe actuar o no, con medios o instrumentos adecuados o no-, etc..

F). Concreción de cada acto médico o presupuesto “*ad hoc*”: tal vez sea este el aporte que individualiza a dicha “*lex artis*”. Así como en toda profesión rige una “*lex artis*”, que condiciona la corrección de su ejercicio, en la médica esa “*lex*”, aunque tenga un sentido general, responde a las peculiaridades de cada acto, en donde influirán en un sentido u otro, los factores antes vistos, (no es igual valorar a efectos de responsabilidad, v. gr.; una asistencia a un enfermo moribundo, que a otro leve; una autopsia, que un reconocimiento; recomendar un tratamiento dietético, que suministrar un medicamento; practicar una cesárea un medico rural de condumios de abajo, que el equipo médico del “*Queen Victoria Medical Center*”, de Melbourne; etc..).

CONSECUENCIAS: según sea dicha “*lex artis ad hoc*” –siempre, pues, aplicable a cada acto médico individualizado-, así repercutirá:

- En la legitimación: quien debe actuar, cómo y cuándo (requisitos de consentimiento o material sanitario).
- En la esfera funcional o eficacia del acto médico, dependiendo en su caso del centro sanitario, cobertura social o no.
- En la importante medición de su responsabilidad: se actuó o no con corrección, hubo o no daños, hay o no responsabilidad, de quién, por qué, atenuación o agravación”¹⁷.

9.1.3. Lex Artis en Chile

“La Corte Suprema de Chile, en el año de 1998, declaró en sede extracontractual la existencia de una obligación de medios por culpa probada del médico, al concluir que no resulta establecida la negligencia: si no se acredita que una agravación del estado inicial del paciente se debía a la deficiente atención médica recibida, o, sino, se probó que la anestesia haya sido mal administrada. La prueba de la negligencia, efectuada por la víctima, resulta entonces indispensable para la constatación de un incumplimiento de la “*lex artis*” en los tratamientos que brindó el médico”¹⁸.

“La “*lex artis*”: La obligación de medios del médico le exige actuar no como cualquier hombre prudente, sino le presta sus servicios conforme a la “*lex artis*”, esto es, de acuerdo a los conocimientos adquiridos por la ciencia médica, con el objeto de prevenir, diagnosticar o sanar adecuadamente al paciente. Evidentemente, se trata de prestar al paciente los cuidados según los

¹⁷ Ibídem

¹⁸ C.S., 2 de Julio de 1998, R.D.J., t. XCV, sec. 4ª, p. 95 y s.

conocimientos adquiridos por la ciencia médica a la fecha del tratamiento y no a la fecha que el Juez resuelve. Así, en el derecho nacional, en un juicio fallado el año 2002, se concluyó la responsabilidad de un grupo médico que utilizó un instrumento eléctrico en la cavidad abdominal para sujetar el intestino mientras se completaba una cirugía vaginal, que se activo provocando una peritonitis bacteriana que condujo a la muerte de la paciente, en atención a que en la época en el ocurrieron los hechos esa maniobra quirúrgica era aceptada y normalmente usada en ese tipo de operaciones”¹⁹.

Sostiene el autor y refiriéndose a la negligencia médica en Chile, que: “Los casos de responsabilidad médica en el derecho nacional, van en aumento”²⁰. Citando a la fuente afirma que “según cifras del Colegio Médico Chileno, en 1995, existían sólo tres denuncias mensuales por negligencia médica, mientras que en el año 2002, ésta cifra llegó a cincuenta y ocho”. Asimismo manifiesta que “se estima que los hospitales del sector público tienen juicios por un monto total de trece (13) mil millones de pesos por indemnizaciones solicitadas por pacientes (con aproximadamente el 52% de las demandas por negligencia médica)”. De la misma manera, revela que las principales especialidades afectadas son la ginecología (20%) y la cirugía en general con un (12%). Y que además “directa o indirectamente, cerca del 30% de los casos de negligencia médica estarían vinculados a la mala administración de la anestesia”²¹.

Por otra parte, señala que no existe una veracidad en los cálculos porque no todo el acontecer del mal manejo médico está enunciado, pues sostiene que: “estas cifras son engañosas, pues existe un gran número de negligencias médicas que por ocurrir en establecimientos públicos, sólo se investigan y sancionan mediante sumarios administrativos. Según el ministerio de salud, entre los años 2000 y

¹⁹ TAPIA, Rodríguez, Mauricio. Responsabilidad Civil Médica: riesgo terapéutico, perjuicio de nacer y otros problemas actuales. Revista derecho (Valdivia) 2003, volumen 15 del 2009.

²⁰ Ibídem

²¹ Ibídem

2001, se denunciaron 594 casos por presunta negligencia médica, de los cuales un 47% fue sobreseído y solo un 9% ha concluido con sanciones, (desde amonestación escrita hasta expulsión del servicio). De esos casos, 258 corresponden a situaciones que llevaron a la muerte del paciente”²².

De igual manera, el comentario siguiente deja ver la preocupación que se tiene en Chile por el problema de los casos en salud pública, así como las reclamaciones a que ha llegado la gente en procura de hacer valer sus derechos en instancias judiciales.

“En una sociedad que tiene graves inconvenientes para asegurar un servicio de salud mínimo a la población, resulta entendible que la discusión acerca de la calidad de ese servicio mínimo, este un poco relegada (el plan “Auge”²³, es una muestra de ese fenómeno). En todo caso, y como ha ocurrido en la experiencia comparada, el colegio de la orden se encuentra preocupado por una eventual “excesiva judicialización” de la actividad médica y trabaja en conjunto con el ministerio de salud, en la implementación de un sistema de mediación y arbitraje (que existe en algunos países, pero como sistema facultativo para las víctimas). Al mismo tiempo, insiste en la devolución de la intuición ética de los colegios profesionales. Por otra parte, la discusión parlamentaria que subsiste en el proyecto de ley sobre los derechos y deberes de las personas en salud, podría abrir un debate público de estos temas en Chile”²⁴.

9.1.4. La “*lex artis*” en Colombia.

En sentencia T-548 de 1992, con ponencia del doctor Ciro Angarita Barón, la Corte Constitucional manifestó lo siguiente:

²² Ibídem

²³ El AUGE, es un sistema integral de salud que beneficia a todos los chilenos y contempla todas las enfermedades, incluidas las más graves y de mayor costo, en sus diversas etapas.

²⁴ Op cit.

“(…) el enfermo tiene derecho a que se le prodiguen los cuidados compatibles con su condición de ser humano, vale decir, un buen trato y diálogo permanente con su médico acerca de la naturaleza, evolución y terapia de sus dolencias.

El médico debe estar dispuesto a escuchar a su paciente, sus familiares y las opiniones de sus colegas, por cuanto así podrá con todo el aspecto fáctico del caso y establecer el adecuado equilibrio entre los derechos de los pacientes y los principios éticos de su profesión.

Dentro de este contexto, una de sus mayores responsabilidades profesionales es proteger el bienestar de su paciente y minimizar los riesgos globales de sus terapias.

El paciente, a su vez, debe respetar la autonomía del médico y no pedirle cosas que contradigan los parámetros normales de su ciencia o sus convicciones éticas”²⁵.

Es decir, debe haber una responsabilidad tanto del médico tratante como del paciente, involucrando incluso a los familiares, pues así como el galeno se debe comportar de acuerdo a su vocación de salvar vidas y/o prodigar cura y aliviar el dolor, habrá cosas que la ética y el juramento hecho no le permiten en ciertos casos actuar, pero, como si fuera poco, existen una normas jurico-penales y disciplinarias a las cuales debe respeto y cuidado, pues puede verse avocado a un proceso penal o de carácter disciplinario. Entonces ahí deben jugar un papel importante los familiares del enfermo, porque el que esta postrado en una cama en muchos casos no tiene la suficiente voluntad para determinar a cual procedimiento se somete.

²⁵ Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-548 de 1992, M.P. Ciro Angarita Barón.

De igual manera “La Ley 23 de 1981, “Por la cual se dictan normas en materia de Ética Médica”, constituye uno de los más importantes logros alcanzados en los últimos años para la defensa del ejercicio ético de la medicina en Colombia. Su expedición por parte del Congreso Nacional fue el fruto de un prolongado proceso de estudio iniciado en el mes de enero de 1978, en el cual, conjuntamente con distinguidos funcionarios del Ministerio de Salud, participaron representantes de la Academia Nacional de Medicina y de la Federación Médica Colombiana. Las disposiciones consignadas en las normas fueron examinadas en orden a mantener inalterable la confianza y el respeto que tradicionalmente se ha tenido por la profesión médica, estableciendo los indispensables puntos de apoyo que, tanto para los médicos, como para la sociedad en general, garanticen ese importante objetivo”. Lo sostiene así La Federación Médica Colombiana²⁶ en la presentación de la Ley y la justificación que hace de la misma, pues con la promulgación de ella, el profesional de la salud obtiene un sustento de y hasta donde puede llegar en materia de la autonomía médica.

Sostiene la Federación que: “procedimientos extraños a nuestro medio habían comenzado a dejar sentir su negativo influjo en el campo de las relaciones entre médicos y pacientes. Preocupada por esta situación, la Federación Médica solicitó al Gobierno su intervención, a fin de evitar que los médicos resultaran siendo víctimas del oportunismo de gentes mal intencionadas que, frente a un ejercicio profesional no regulado desde el punto de vista ético, podrían colocar al médico honesto y responsable en posición de indefensión. A su vez, normas de tal naturaleza, constituirían para la sociedad en general una defensa contra las conductas de quienes, por vía de excepción, ejercen la medicina violando los principios éticos de la profesión.

²⁶ Puede verse en www.encolombia.com

El Ministerio de Salud comprendió la preocupación de la Federación Médica y le brindó siempre su apoyo para el estudio de las iniciativas que sobre la materia fueron planteadas”²⁷.

En cuanto al pronunciamiento sobre el estudio y posterior promulgación de la ley indican que desde luego, se trataba de un proyecto de ley cuyo contenido tenía antecedentes de importancia en casi todos los países de Latinoamérica y en muchos otros con culturas más avanzadas que la nuestra.

De la misma manera hacen un pormenorizado estudio de los antecedentes de la ley determinando que: “en Colombia, el desarrollo histórico jurídico de las normas sobre Ética Médica comienza con la expedición del Decreto 2831 del 23 de septiembre de 1954, correspondiente al denominado “Código de Moral Médica”. Dicho Código fue estudiado, discutido y aprobado por la Asociación Nacional de Médicos Católicos Colombianos “AMEDIC”. Sus normas fueron redactadas tomando como base el Código Internacional de Ética Médica adoptado en la Tercera Asamblea General de la Asociación Médica Mundial.

Aunque los principios morales señalados en el Código de Moral Médica de 1954, se mantenían inalterables, la Ley 14 de 1962, sobre ejercicio de la medicina, introdujo modificaciones con respecto a la competencia en materia de sanciones, atribuyéndosela, en cuanto hace relación con la suspensión temporal y definitiva en el ejercicio profesional, al Consejo Nacional de Profesiones Médicas y Auxiliares del entonces denominado Ministerio de Salud Pública.

Cuando se examinó la posibilidad de dar aplicación al Decreto 2831 de 1954, como alternativa para evitar que prosperaran en Colombia los vicios que han dificultado en otras latitudes el normal ejercicio de la medicina, se encontraron

²⁷ Ibídem

múltiples vacíos en dicha norma y algunas incongruencias que hicieron aconsejable el estudio de nuevas disposiciones.

De otra parte, en la Asamblea Internacional de Colegios Médicos celebrada en Paracas, Perú, en octubre de 1977, Colombia había asumido el compromiso de estructurar sus propias normas en materia de Ética Médica, como una contribución al gran propósito de llegar a consolidar un Código Latinoamericano de Ética Médica.

No fue, pues, ésta una tarea improvisada, sino una prolongada labor de estudio y análisis que incluyó básicamente los antecedentes de catorce países en tan importante campo y el exámen de las más relevantes posiciones de las distintas Asambleas de la Asociación Médica Mundial.

La discusión del proyecto de ley permitió que el Congreso, a través de sus Comisiones competentes, escuchara diversos sectores de opinión que defendían o impugnaban la iniciativa. Entre muchas otras, bien vale la pena destacar el apoyo que a dichas normas brindaron la Academia Nacional de Medicina, la Federación Médica Colombiana y las Sociedades Científicas, así como el rechazo de varias organizaciones médicas de carácter sindical”²⁸.

9.2. Ley 23 de 1981.

Con esta Ley se crea en el país los Tribunales de ética médica y la Federación Médica Colombiana, encargados de velar por el comportamiento de los médicos en el desarrollo de su profesión, así como la labor social intrínseca a la medicina.

²⁸ Ibídem

Al respecto, la nombrada Ley estipula pormenorizadamente la calificación de la profesión de la medicina, así como los principios éticos de su ejercicio, entre su articulado, los siguientes son los más relevantes para nuestro trabajo:

“Artículo 1º. La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distingos de nacionalidad, ni de orden económico social, racial, político o religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes”.

“Artículo 3º. Tanto en la sencilla investigación científica antes señalada, como en la que se lleve a cabo con fines específicos y propósitos deliberados, por más compleja que ella sea, el médico se ajustará a los principios metodológicos y éticos que salvaguardan los intereses de la ciencia y los derechos de la persona, protegiéndola del sufrimiento y mantenimiento incólume su integridad”.

“Artículo 10º. Los principios éticos que rigen la conducta profesional de los médicos, no se diferencian sustancialmente de los que regulan la de otros miembros de la sociedad. Se distinguen sí por las implicaciones humanísticas anteriormente indicadas. La presente Ley comprende el conjunto de normas y permanentes sobre ética médica a que debe ceñirse el ejercicio de la medicina en Colombia”.

9.2.1. CAPITULO II Ley 23 de 1981.

Del Juramento

“Artículo 2º. Para los efectos de la presente ley, adóptense los términos contenidos en el juramento aprobado por la Convención de Ginebra de la Asociación Médica Mundial, con la adición consagrada en el presente texto”.

El médico deberá conocer y jurar cumplir con lealtad y honor el siguiente
JURAMENTO MEDICO:

“Prometo solemnemente:

- ◆ Consagrar mi vida al servicio de la humanidad;
- ◆ Otorgar a mis maestros el respeto, gratitud y consideración que merecen;
- ◆ Enseñar mis conocimientos médicos con estricta sujeción a la verdad científica y a los más puros dictados de la ética;
- ◆ Ejercer mi profesión dignamente y a conciencia;
- ◆ Velar solícitamente y ante todo, por la salud de mi paciente;
- ◆ Guardar y respetar los secretos a mí confiados;

- ◆ Mantener incólumes, por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica;
- ◆ Considerar como hermanos a mis colegas;
- ◆ Hacer caso omiso de las diferencias de credos políticos y religiosos, de nacionalidad, razas rangos sociales, evitando que éstos se interpongan entre mis servicios profesionales y mi paciente;
- ◆ Velar con sumo interés y respeto por la vida humana, desde el momento de la concepción y, aún bajo amenaza, no emplear mis conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas;
- ◆ Solemne y espontáneamente, bajo mi palabra de honor, prometo cumplir lo antes dicho”.

Concordado con el Decreto 3380 de 1981, Artículo 1°. “Las autoridades académicas o sus delegados que confieran los títulos de médicos, tomarán el juramento médico”.

9.2.1.1. Título II Capítulo I Ley 23 de 1981.

“**Artículo 10.** El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada a su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente.

PARAGRAFO. El médico no exigirá al paciente exámenes innecesarios, ni lo someterá a tratamientos médicos o quirúrgicos que no se justifiquen.

Concordado con el decreto 3380 de 1981. Artículo 7°. Se entiende por exámenes innecesarios o tratamientos injustificados:

- a) Los prescritos sin un previo examen general.
- b) Los que no corresponden a la situación clínico-patológica del paciente”.

La Federación señala además que: “La característica fundamental de la Ley 23 de 1981, podría sintetizarse diciendo que se trata de un conjunto de normas destinadas a proteger el responsable, correcto y honesto ejercicio de la medicina, a la vez, que garantizar a la sociedad en general el cumplimiento de los principios sobre los cuales descansa una adecuada relación médico – paciente. El contexto de la ley refleja todo un conjunto de deberes y derechos de los médicos, dentro de los cuales, por su trascendencia, se considera de la mayor importancia la Declaración de Principios, por constituir un decálogo de enunciados filosóficos y prácticos que informan el contenido general de la norma. El objeto de la medicina y la naturaleza del hombre; el contenido de la investigación científica y el fundamento de la relación médico–paciente; el derecho a la remuneración por el trabajo médico y a emprender acciones reivindicatorias en comunidad, así como la condición del médico como auxiliar de la justicia y como transmisor de

conocimientos, principios estos enmarcados por la función social que implica el ejercicio de la profesión, conforman un todo que desde siempre ha tenido vigencia en la conciencia y en la conducta de los médicos colombianos”²⁹.

De tal manera que, el obrar del médico no solo esta ligado a su formación profesional, sino a los principios inculcados en su educación como persona, porque al momento de encontrarse en la sala de operaciones o en el consultorio con el paciente, éste debe desplegar todo su conocimiento, pero también, el interés que le debe generar la enfermedad del que acude en busca de ayuda para su padecimiento.

Entonces, el galeno está en la obligación de prepararse y adelantarse día a día en los pronunciamientos de los descubrimientos de nuevas patologías, así, como por supuesto en el tratamiento de ella y su cura. Pero, así mismo, cada caso que le llegue debe ser un reto a descubrir, tanto del padecimiento como del resarcimiento de la salud.

9.3. A modo de síntesis.

En síntesis, sabemos que la “*lex artis*”, va ligada a la ética y la moral del médico, así como a su formación, porque ésta se reputa del actuar. De tal manera, que la ley del arte va de la mano con el proceder del medicamento o con cualquier otro profesional que desempeñe un oficio o profesión, que para nuestro caso son todas aquellas labores que tienen que ver con la salud pública, es decir, desde el celador hasta el científico mas connotado de la clínica u hospital, encargado de prestar el servicio, deben estar atentos a prestar su colaboración y empeño en la atención del paciente. Decimos que incluso hasta el celador porque en Colombia quienes están a la entrada de los centros clínicos tienen la primera palabra, pues son capaces incluso a veces de negar el acceso de las personas a la atención del

²⁹ Ibídem

personal capacitado y autorizado para emitir el concepto en medicina, por eso se presenta el mal llamado “paseo de la muerte”³⁰, pues lo remiten de clínica en clínica hasta que es demasiado tarde, pues cuando por fin es admitido en el centro de salud ya no hay nada que hacer.

De tal manera que todos los movimientos deben ser encaminados hacia rubricar la connotación o investigación que se tenga, es decir, el engranaje en el servicio de salud pública debe estar coordinado, de tal manera, que cada quien sepa cual es la tarea a cumplir, para que no se pierda tiempo importante en la atención del paciente, sobre todo, si ésta es de urgencia. Para poner un ejemplo sencillo, no acatar la “*lex artis*”, que debe poseer toda persona que se dedica a algún arte, oficio o profesión, es como ver a un militar con su uniforme de gala borracho y tirado en un andén, (como lo dice la canción). El espectáculo es grotesco, daría pie para que esta persona fuese sancionada disciplinariamente, e incluso, retirada del cargo, pues el ejemplo dado no está acorde con la presentación y el decoro que debe guardar el militar con su comportamiento.

Asimismo, decimos del abogado que deja vencer los términos y por descuido suyo el fallo del Juez sale en contra de quien lo contrató. Es un acto inconcebible que no puede pasar por alto, porque al momento de recibir el poder quedo conectado con la causa del poderdante, comprometiéndose a poner todo el cuidado, sabiduría, investigación, argumentación y el cumplimiento del mandato dado por quien confió en sus calidades de perito para el caso, es decir, desplegar toda la *lex artis* del abogado para el asunto.

No queriendo decir con esto que el jurista está obligado a ganar el litigio, pero si a dispersar toda su capacidad, porque una cosa es perder el pleito porque la contraparte demostró probadamente que tenía la razón y otra muy diferente que

³⁰ Denominación del argot popular para hacer referencia al traslado de pacientes entre clínicas u hospitales por la no admisión en algunos de ellos.

se pierda por mal manejo del proceso o por negligencia, impericia, desidia, imprudencia o cuidado del mandato dado, es decir, no acudir a las audiencias o no pasar memoriales en términos, entonces ese profesional del derecho debe responsabilizarse del mal pueda acontecer con su conducta, y por ende, de los perjuicios que se puedan ocasionar al mandante.

Según el Código Civil Colombiano en el artículo 2160, se denota el debido cumplimiento del mandato así: “la recta ejecución del mandato comprende no solo la sustancia del negocio encomendado, sino los medios por los cuales el mandante ha querido se lleve a cabo”. En el inciso segundo del citado artículo señala además que: “se podrá, sin embargo, emplear medios equivalentes, si la necesidad obligare a ello y se obtuviere completamente de ese modo el objeto del mandato”. De modo pues, que no importa cuál sea el medio empleado siempre y cuando el mandato se cumpla con la debida diligencia. Y en tratándose de la salud que va ligada al derecho fundamental de la vida, con más razón.

10. DIAGNÓSTICO EQUIVOCO

Para hablar de este tema vamos primero a explicar que quiere decir cada una de estas palabras. Por Diagnóstico, la real academia de la lengua³¹ nos indica que es “el arte o acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos”.

Señala también, como una segunda respuesta, que es la “codificación que da el médico a la enfermedad según los signos que advierte”.

De la misma manera, anota que: “pertenece o relativo a la diagnosis”. Esta palabra viene del griego “*diayvwois*”, que significa conocimiento. De modo pues, que diagnóstico es conocer una enfermedad por sus síntomas y signos, y asimismo, prescribir o aconsejar un tratamiento acorde con la misma que signifique la extinción del mal, y por ende, una mejoría en el paciente.

En cuanto a la palabra equivocado, la sorpresa es grande, porque dicha palabra no existe en el diccionario, la correcta es equivoco, que se deriva del verbo equivocar, este preceptúa que, equivocar es: “tener o tomar algo por otra cosa, juzgando u obrando desacertadamente”. Es decir, errar en la apreciación del concepto emitido. Entonces, las palabras en mención nos llevan a decir que diagnóstico equivoco es: el juzgamiento errado que un médico hace de una enfermedad, y además, recomienda o desarrolla mal el procedimiento a seguir, con resultados adversos para el paciente, y para su núcleo familiar.

Ahora bien, si de lo que se trata es de cuestionar el mal proceder del médico por aventurarse a dar un diagnóstico de la patología y este resultare equivoco, hay responsabilidad tanto del galeno, como del centro médico que lo contrató, porque

³¹ Ver Diccionario de la Real Academia Española XXII Edición 2009

en efecto, quienes reciben primeramente al paciente son médicos generales, sin ninguna especialización, en la mayoría de casos recién graduados, quienes a su criterio determinan si la enfermedad requiere ser vista por un conocedor de la especialidad o resuelven diagnosticar y continuar con el tratamiento.

Si la cosa es así, no estamos frente a un diagnóstico equívoco, sino frente a una mala praxis de la medicina, pues el médico iniciante debería ser más que el médico tratante, un orientador para el enfermo, señalándole a que especialista acudir, pero éste a su vez, debe, como lo dicen los derechos de los pacientes en la Ley 23 de 1981, hacer una junta médica para discutir el caso, sería lo adecuado, lo lógico y el paso a seguir, pero la mala praxis deviene de la gerenciación de los servicios de salud, porque lo que allí interesa no es la investigación de la enfermedad, ni el tratamiento largo y costoso del paciente, ni mucho menos la proyección del médico como científico, sino que todos los involucrados en el tema de la salud son manipulados, en aras de enriquecimiento de la compañía que maneja el dinero; es más importante el progreso de la empresa, que el descubrimiento y erradicación del mal.

Por eso, en varias ocasiones las demandas no se hacen esperar, bien sea para que se le suministre al paciente el tratamiento adecuado o para que resarzan los daños y perjuicios ocasionados con la mala práctica médica.

10.1. Diagnóstico clínico Uruguay

El Sindicato médico de Uruguay³², en las publicaciones que realiza a través de su página “Web”, ha realizado una descripción de diagnóstico que nos parece interesante señalar, el sindicato, en su artículo, realiza una pormenorizada explicación de diagnóstico, desde la semiología médica.

³² www.smu.org.uy/publicaciones/noticias/noticia94/art.16.htm

10.1.1. “Diagnóstico. Definición y funciones”

Estimamos imprescindible antes de ingresar al estudio del error de diagnóstico, establecer qué es el diagnóstico, y qué funciones desempeña dentro de la actividad del médico.

Como expresa Castellanos: «Es imposible referirse al diagnóstico sin conceptualizar la ciencia metodizada que lo estudia y aplica: la semiología médica».

Manifestando a renglón seguido que como enseñan Cossio y otros: «Semiología o más precisamente semeyología dado su origen griego, es una palabra compuesta (semeyon: signo, logos: tratado), que significa el estudio de los signos, es decir, de todo aquello que por su propia naturaleza o por simple convención evoca la idea de otra cosa».

«Entonces, semiología médica, es el estudio de los signos de las enfermedades, es decir, de los síntomas, entendiéndose por tales, los fenómenos espontáneos o provocados, subjetivos u orgánicos que sobrevienen en todo proceso morboso, desde su comienzo con la causa inicial, hasta su terminación con las últimas consecuencias... El estudio de los síntomas se realiza primero reconociéndolos por una serie de procedimientos, maniobras y métodos, es decir, la “semiotécnica”, que no es otra cosa que la exploración clínica (cliné: cama), o sea el examen médico, y luego interpretándolos para reconocer su causa, es decir, el diagnóstico. (Día: a través, gnosis: conocer)³³.

De tal manera, que a través de la semiología médica, esto es un estudio metodizado de signos, síntomas que padece el enfermo, ya sea por la vía directa, es decir, la determinación de un cuadro clínico mínimo -diagnóstico positivo- o por la indirecta que implica la exclusión o ausencia de determinados síntomas -diagnóstico diferencial- se determina la existencia

³³ CASTELLANOS, Juan Manuel. Buena y mala practica médica, Buenos Aires, Alcotán, pag. 184-185 1996

de una probable patología y su naturaleza, que conduce a que el médico proceda como corresponde al tratamiento correspondiente. En tal aspecto, Farreras Valenti ha expresado que la base de toda la actuación médica reside en el diagnóstico, vale decir que se necesita un conocimiento exacto de la índole y localización para efectuar un pronóstico y la terapéutica eficaz al respecto.

Haciendo referencia el mismo artículo, a Manuel Quintana Ferguson³⁴, señala la manera como define éste, el diagnóstico, compilándolo de la siguiente manera: “Desde el punto de vista exclusivamente jurídico, define el diagnóstico, «como la serie de actos médicos que tienen por objeto recoger todos los signos susceptibles de iluminar al médico, interpretarlos y deducir del conjunto de hechos comprobados cual es la naturaleza de la afección que tiene el enfermo: consiste también en encajar esa situación particular en un cuadro patológico conocido»”.

Asimismo, estipula el mismo artículo que: “desde el punto de vista médico se ha definido «el diagnóstico (Diagnosis) como la descripción nosologicosistemática de un cuadro clínico, que en la práctica es suma de conocimientos sobre los que se basa un tratamiento médico»”³⁵.

Continúa la exposición del artículo preceptuando que:

En esta cuestión no está de más efectuar algunas consideraciones breves teniendo presentes conclusiones establecidas por el ilustre Prof. Dr. Pedro Lain Entralgo, sobre aspectos sociológicos del diagnóstico. Por ejemplo, con referencia a lo que él denomina «formulación del diagnóstico» expresa: «Llamo formulación del diagnóstico, como es obvio, a la expresión verbal o escrita del saber en qué el diagnóstico mismo incoativamente consiste: formulación que no alcanza la plenitud de su

³⁴ QUINTANA FERGUSON, Manuel. La Responsabilidad Civil del médico, Madrid, Trivium, 1949, citado por Llamas Pombo en la Responsabilidad Civil del Médico. Aspectos tradicionales y modernos, Madrid, Trivium, 1988.

³⁵ Diccionario Médico DOYMA, 1993.

sentido hasta que la recibe y conoce la persona o la institución a quien va destinada». Y más adelante haciendo referencia a «ética del diagnóstico», menciona el siguiente pensamiento: «En tanto que el resultado de una acción formalmente humana, el diagnóstico médico es, pues, un acto moral. Lo es, por supuesto, a través de las dos determinaciones que en su estructura hemos contemplado: su condición técnica y su condición social. Como acto técnico -como operación en la cual se hace algo sabiendo qué se hace y por qué se hace eso que se hace-, la moralidad del diagnóstico toma la forma de un 'deber saber hacer' según ese 'qué' y ese 'por qué'. Como acto social el diagnóstico es moral, con las dos posibilidades que esta afirmación envuelve: ser 'moralmente bueno' y ser 'moralmente malo' en cuanto que actúa favoreciendo la dinámica y la calidad del grupo humano a que el paciente y el médico pertenecen.

Pero la moralidad del acto diagnóstico es aprobable o reproable por razones más obvias y más fuertes: porque su obtención y su comunicación afectan la vida de una persona, la del enfermo, y desde este primario punto de vista hay que juzgar 'el deber saber hacer' del médico que diagnostica y los efectos sociales de la comunicación de su juicio. Alguna diferencia ética hay, vale este ejemplo, entre el diagnóstico de la avería de un motor y el de cualquier desorden de un ser humano». Y finalmente el mismo Profesor destaca la trascendencia de la comunicación del diagnóstico al propio enfermo, cuestión fundamental, desde que al margen de que el diagnóstico sea acertado o no, deben tenerse presentes las circunstancias y la modalidad en que el enfermo recibe el conocimiento de su patología, y en tal sentido expresa: «Hay no pocos casos en que tal comunicación no ofrece problemas notorios: muy raramente hallará dificultad el clínico para decir al paciente: 'usted tiene una úlcera gástrica' o 'padece usted una diabetes sacarina'. Pero junto a estos casos hay otros en los cuales el médico se verá obligado a pensar con doble responsabilidad -técnica y

ética- en lo que sobre la enfermedad diagnosticada debe decir a la persona que la padece»³⁶.

10.2. Equívoco de diagnóstico en España

Ahora bien, desde la perspectiva española con Miguel Rodríguez Jouvencel³⁷, se puede evidenciar que el error médico puede venir incluso en cualquier proceder del prestador del servicio, ya sea por la mala formulación del procedimiento, o por el llenado de los documentos o certificados que debe expedir el médico, diríamos que obviamente en la relación de la historia clínica, pueden también cometerse, errores que pueden conllevar a una mala atención o a un equívoco de la patología. Rodríguez Jouvencel clasifica en tres hipótesis en las que se puede incurrir en equívoco de diagnóstico errado:

- a). Certificado (o informe) con diagnóstico equivocado.
- b). Certificado en que se falte a la verdad en cuanto a la apreciación de los hechos y circunstancias objetivas de la enfermedad, aún cuando no, intencionalmente.
- c). Falsedad cometida en certificado (de forma conciente)".

En cuanto al primer literal indica el autor que "cuando se haya producido un error en el diagnóstico y ello venga recogido en el documento clínico, no le será exigida responsabilidad al médico, siempre y cuando en la elaboración de tal diagnóstico (que resultó equivocado), haya obrado de acuerdo a su "*legis artis*", pues habrá que pensar, que no es el fin del médico, la extensión del certificado, sino que este surge como consecuencia de una actuación pretérita, esto es, de la apreciación de unos síntomas (de carácter subjetivo) y de unos signos; y que de unos y otros se han servido para establecer su juicio clínico, y, hay que insistir en ello, si hubiera

³⁶ ENTRALGO, Pedro Lain, El diagnóstico médico, Historia y teoría. Salvat 1982

³⁷ RODRÍGUEZ JOUVENCEL, Miguel. Manual del Perito Médico. Ediciones Díaz de Santos, pag. 230, 2002

observado la diligencia debida. La obligación del médico, en general, no es de resultado, sino de medio, tanto que el médico ha de actuar con debida diligencia a los deberes inherentes al ejercicio de su oficio, (...)”.

Con respecto al certificado en que se falte a la verdad en cuanto a la apreciación de los hechos y circunstancias objetivas de la enfermedad, aun cuando no intencionalmente enseña el autor que “el documento clínico es portador de errores, no ya en cuanto al diagnóstico, sino en cuanto a la narración de los hechos y circunstancias de la enfermedad, pero con la importante salvedad, que tal hacer, está dispuesto de intencionalidad, aunque, por otra parte, haya faltado la diligencia debida en la determinación de los elementos objetivos del proceso nosológico que se trate”.

Sostiene Rodríguez Jouvencel, que en este caso es posible invocar el nacimiento de una responsabilidad civil, bien por parte del paciente perjudicado o su representante legal, o bien por cualquier tercero al que de alguna manera alcance el perjuicio.

En cuanto a la falsedad cometida en certificado (de forma consciente), es de suponer que el mal ya esta hecho, pero que se quiere tergiversar con lo anotado en el documento, dando a entender lo contrario de lo realizado, tal vez, para salvar responsabilidades, bien sea del médico tratante o de la clínica a que este pertenece o donde se llevó a cabo la intervención. Se podría decir que este obrar es el más puesto en práctica, con connotaciones catastróficas, porque al no decir la verdad en el certificado, del tratamiento del paciente o de lo actuado en éste, no solo se oculta lo sucedido, sino que se corre el riesgo de confundir la patología y por ende su cura. También sucede con el certificado de defunción del paciente, en la mayoría de casos el deceso se produce por paro cardiorrespiratorio, esto con el fin de evadir cualquier compromiso con los deudos.

“El art. 43 de la Constitución Española, reconoce como derecho fundamental la protección de la salud, y no hay duda de que en la sociedad en los últimos 25 años se ha producido el reconocimiento genérico de un abanico de derechos cada vez mas amplio y que la conciencia ciudadana de los derechos que la Constitución y las leyes nos conceden a todos, ha provocado que en los últimos años las reclamaciones contra los médicos y la sanidad hayan aumentado considerablemente tanto en número como en importe de la reclamación”³⁸.

Igualmente, la autora hace referencia a la normatividad en España determinando que: “La Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que institucionaliza y consagra un estatuto del paciente de forma definitiva y bien diferente a la situación que hasta época relativamente reciente teníamos, concluimos que la judicialización de la medicina es una realidad tangible en nuestra sociedad, y que desde este punto de vista la condición de enfermo de una persona no la relega a una suerte de incapacidad frente al poder del médico”³⁹.

10.3. Diagnóstico equivoco Argentina

De la misma manera, Jerónimo Salguero⁴⁰ en un trabajo sobre el aumento de las reclamaciones por mala praxis médica en Argentina, lo señaló así:

“El 32% de los reclamos judiciales recae sobre los médicos. El 68% restante sobre instituciones médicas incluyendo obras sociales y empresas de medicinas prepagadas”⁴¹.

³⁸ REVUELTAS IGLESIAS, Ana Victoria, El riesgo de la judicialización de la medicina. Revista Educación Médica, volumen 9 suplemento 1 diciembre de 2006. España.

³⁹ *Ibidem*

⁴⁰ SALGUERO, Jerónimo. Médico legista, médico del Tribunal Superior de Justicia de la provincia de Corrientes (Argentina), profesor de la cátedra de medicina legal de la facultad de medicina de la UNNE. Argentina.

⁴¹ Revista Médico Legal Número 44 página 5 Buenos Aires Argentina.

En el mismo sentido, trae a colación algunas estadísticas de las acciones interpuestas en un tiempo determinado comentando que: “Los datos sobre demandas en los hospitales dependientes del gobierno de la ciudad de Buenos Aires, entre 1982 y 1993:

- El 26% de los juicios corresponde a obstetricia
- El 25% a cirugía
- El 14% a traumatología
- El 10% a pediatría
- El 9% a clínica médica
- El 8% a infectología
- El 4% a anestesiología
- El 4% a cirugía plástica

El porcentaje de demandas incoadas se aumentó en ese periodo en un 1000%.

- Del total, sólo el 17.3% fueron sentencias condenatorias
- En materia penal prosperó solo el 20% de los casos, con un sobreseimiento del 80%
- El monto promedio por demanda en 1993, y para ese grupo de instituciones, fue de \$ 583.000.

10.3.1. Entre 1995 y 1996:

- La siniestralidad global se incrementó en un 40.58%
- El inicio de las sanciones legales en sede penal se incrementó en un 80%.
- Los reclamos en sede civil aumentaron en 26.42%.
- Aproximadamente un 40% de las demandas, involucraron un solo profesional, un 30% dos profesionales y un 8% a tres profesionales.

- El 50% de las demandas involucraron a una sola institución y un 5% a tres instituciones.

En la actualidad, sólo en los hospitales de la capital federal hay un aumento de reclamos del 57% más que hace tres años. Lo expuesto permite deducir que el auge de los juicios por mala praxis, derivará en una suerte de “medicina defensiva” tal como lo afirma el Doctor Ginés González García (ex ministro de salud de la provincia de Buenos Aires Argentina), como ocurre en países desarrollados”⁴².

10.4. Medicina Defensiva

“La medicina defensiva consiste en procesos no dirigidos a la curación o a la reparación de la salud de un enfermo, sino a la justificación y el testimonio de que en cada etapa se utilizaron las medidas más adecuadas.

De este modo, un desenlace no deseado aparece como el riesgo propio de la medicina. En la práctica se trata de una excesiva cantidad de estudios complementarios que además de costosos pueden implicar, en sí mismos, un riesgo adicional para el paciente, además de la lógica incomodidad.

Los juicios por mala praxis contra el Estado se han incrementado notablemente en los últimos años, sobre todo en la capital federal y los municipios del gran Buenos Aires y en las grandes ciudades del interior del país⁴³.

10.4.1. Diez mandamientos para evitar los juicios por mala praxis médica. Según el doctor Salguero, y son:

⁴² ibidem

⁴³ Ibídem

1. EL ENFERMO NUNCA ES OBJETO. “Es Sujeto”

Aquí creo encuadra denominarlo sujeto activo, es decir, partícipe necesario de su tratamiento y de las decisiones que esto conlleva. Por lo tanto se lo debe tratar como tal.

2. NO MENTIR

Entre los médicos legistas decimos que para mantener una mentira se necesitan diez. En las declaraciones y escritos nunca se debe incurrir en este error. Se debe escribir todo tal como ocurrió. Ejemplo: Si el cirujano operó con personal no capacitado debe ponerlo, de lo contrario deberá mentir la enfermera, el anestesista, el cardiólogo, la mucama, etc., para sostener esa mentira. Todos serán condenados por falso testimonio.

3. SER PRUDENTE

Sensato, con buen juicio. Significa tener el criterio adecuado y una conducta médica que surja del razonamiento y la información.

4. ADQUIRIR PERICIA

Todo médico debe formarse, acreditar su formación y demostrarla con hechos. (Por sus frutos los conoceréis. San Mateo 15-20). No debe hacerse lo que no se sabe. No se debe enfrentar una práctica en un lugar que no sea adecuado.

5. SER DILIGENTE

Cuidadoso, esmerado, poner los medios necesarios para prestar un servicio. Estar verdaderamente al servicio del enfermo, considerándolo un todo.

6. DEJAR CONSTANCIA

Todas las edades fueron caracterizadas por algo. La edad de piedra, la edad de los metales etc. Hoy vivimos en la edad de “papel”. En la justicia lo que no esta escrito no existe.

7. RECONOCER LOS LÍMITES

Significa que el médico abandone su soberbia. Sepa decir no se o no puedo.

8. INFORMAR POR OBJETIVOS

Es un método que consiste en ir informando al enfermo y sus familiares en forma escalonada y por etapas. Definir claramente los procedimientos que se vana a utilizar. Ejemplo: la cirugía y sus riesgos. Luego, hablar de las complicaciones. Y cuando aparezca la complicación informar como se la combatirá y como los familiares puedan colaborar.

9. HACER SENTIR COLABORADORES A LOS FAMILIARES

Recordar que el 20% de los juicios es inducido y fomentado por los familiares. Cuidarse especialmente de los que no viven con el enfermo y son de otra ciudad.

10.COBRAR LO JUSTO

Es una consigna muy importante y el aspecto más difícil. No se debe cobrar de más y tampoco de menos. Cobrar de más, produce en el otro un sentimiento de estafa. Cobrar de menos, genera desconfianza y no permite al médico disponer de los recursos suficientes para capacitarse y equiparse (por lo tanto no tiene que ofrecer al enfermo)”⁴⁴.

El autor recomienda que ante la relación médico-paciente y ante los embates de la reducción economicista de tal relación, sea necesario que la comunidad de médicos pueda dar una respuesta creativa e ingeniosa a los mismos, con el propósito de no caer en la “medicina defensiva”. Para esto, una de las posibilidades es la de trabajar en grupos transdisciplinarios, en donde la inclusión de las especialidades afines y de la psicología en todos los ámbitos, sea una constante, y, que ayude al médico a salir de la soledad de su consultorio y lo convoque a compartir la experiencia y las decisiones en forma grupal. Si esto se

⁴⁴ Íbidem

realiza como una gimnasia diaria, resultaría en mejores y mayores beneficios para los actores de este drama, por un lado el enfermo y su núcleo familiar, y por otro lado, los médicos que se sentirán mas apoyados en su tarea, y en la toma de decisiones no fáciles en la mayoría de decisiones en las que le toque actuar.

En cuanto a los mandamientos, pensamos que el numeral cuarto es preventivo, pues se dice que no se debe hacer una practica en un lugar que no sea el adecuado, esto daría pie para que presentándose una emergencia un medico se olvide de su vocación y no preste su colaboración, temeroso de que alguna complicación se pueda presentar y el resultado sea adverso, lo invadiría el temor a ser declarado culpable por la intervención.

De la misma manera, en el numeral séptimo, es de entender, que ante un cuadro complicado, se sabe que por muy profesional de la salud que sea, no se las sabe todas, máxime cuando se trate de patologías desconocidas o que sean producto de una mutación, debe, entonces, pedir asesoría en junta de médicos, donde se discuta el problema, se estudie y se llegue a la mejor conclusión, esto es, la mas adecuada para el paciente, y no que por arrogancia o sobrase en el actuar, incurra en un error irreparable del que mas tarde tenga que responder.

10.5. Diagnóstico equivoco (OMS)

En marzo de 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su 55a Asamblea Mundial, informó tasas muy altas de eventos adversos para diferentes países desarrollados que oscilaron entre 3.2% y 16.6%, corroborando el gran problema existente en el ámbito mundial. Si se adiciona a las miles de personas que como producto del error no murieron pero que quedaron con una discapacidad transitoria o permanente, el problema toma dimensiones casi epidémicas, por lo cual la OMS lanzó la Alianza Mundial para la Seguridad Clínica del Paciente. En el artículo que relacionamos pretende demostrar la Organización, la dimensión del problema existente alrededor de la atención en

salud. Para entender un poco mejor esta situación es bueno iniciar conociendo la terminología relacionada:

10.5.1. “Evento adverso. Hace referencia al resultado clínico que es adverso al esperado y debido a error durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias del mismo. Por tanto, aquel evento adverso que hubiera sido posible prevenir utilizando medidas razonables, es por definición un error clínico.

El término evento adverso puede ser interpretado de manera errónea por las personas que trabajan en salud y se confunde muy fácil con el de complicaciones. Aquellos resultados adversos de los procedimientos clínicos o quirúrgicos que no se asocian con error de las personas o de los procesos, se llaman «complicaciones» y cuando son por reacciones idiosincráticas a los medicamentos propias de los pacientes, se deben llamar «reacciones adversas». Es importante hacer notar que al hablar de error se hace referencia al proceso y la palabra evento adverso hace referencia al resultado.

10.5.2. Evento adverso potencial. Ocurre cuando un error que pudo haber resultado en daño, es afortunadamente descubierto y corregido antes de que suceda.

10.5.3. Error sin daño. Son aquellos errores en los procesos de atención pero que por fortuna no afectan negativamente al paciente. La ausencia de daño se puede deber a la naturaleza de la fisiología humana o a la suerte. La literatura anglosajona lo denomina “near miss”. En la literatura se popularizó el término error médico para referirse a los errores que se suceden en los servicios clínicos, bien sea de carácter ambulatorio o de hospitalización, y da la sensación a quien lo lee, que en el error estuvo comprometido un médico. Sin embargo, considerando que en el error puede estar involucrado cualquier personal asistencial, y no sólo

médicos, es conveniente llamarle “error clínico” en lugar de error médico. Los errores clínicos involucran entonces tanto a los eventos adversos prevenibles como a los errores sin daño. El análisis retrospectivo de los resultados obtenidos que son adversos a los esperados, permitirá saber si se está ante la presencia de un error, una complicación, una reacción adversa o combinación de ellas.

10.5.4. Factores humanos, error y culpa. La condición humana está ligada al error en cualquier actividad y el ejercicio práctico de la medicina no es la excepción. De igual manera, la respuesta primaria del ser humano cuando sucede un error, es buscar al culpable y castigarlo. Con cada caso de daño o muerte de un paciente debido a un error y que trasciende a la opinión pública, los medios de comunicación, los entes de regulación gubernamental, las familias de los pacientes afectados, el público en general y la institución misma, buscan la culpa individual para enseñar un castigo ejemplar. Sin embargo, culpar o castigar a alguien no asegura que una situación similar de daño a un individuo no se esté presentando simultáneamente en otro escenario clínico o que el mismo error no se vaya a repetir, incluso en un futuro cercano en la misma institución”⁴⁵.

De modo tal, que hay que humanizar la salud, pues de lo que se trata es de buscar la cura para las enfermedades, y así mismo, la erradicación del mal, pero a su vez, la confianza en las instituciones de salud y en los médicos tratantes, porque las enfermedades continuaran, así, como el negocio de la salud, como también los galenos comprometidos con su profesión y oficio, pues así como han surgido y aumentado las reclamaciones y las demandas, es de saber que se ha encontrado cura para muchas enfermedades endémicas, de las cuales no se sabía el procedimiento a seguir, igualmente muchos casos han terminado con éxito, incluso en trasplantes de órganos, que se creía no eran susceptibles de ser operados.

⁴⁵ Organización Mundial de la Salud, Consejo Ejecutivo, 110ª reunión, EB110/2, 18 de Mayo de 2002.

10.6. Asamblea 44ª médica mundial

La doctora Vanesa Di Cataldo,⁴⁶ hace una propuesta referente la mala praxis en medicina, a propósito de la 44ª asamblea médica mundial, exponiendo lo siguiente:

“Un aumento de reclamos por mala praxis médica puede derivar en parte, de una o más de las siguientes circunstancias:

- ◆ “El aumento de conocimientos médicos y la mayor disposición de tecnología ha permitido a los médicos llevar a cabo procedimientos que eran imposibles en el pasado, pero esos logros implican en muchos casos riesgos de mucha gravedad. La obligación impuesta a los médicos de limitar los costos de la atención de la salud. La confusión entre el derecho a recibir atención médica, que es alcanzable, con el derecho a lograr y mantener la salud, que no está garantizado. El papel pernicioso desempeñado a menudo por los medios de comunicación que generan desconfianza con respecto al médico, cuestionando sus aptitudes, sus conocimientos, su comportamiento y el manejo de los pacientes, e impulsando a los pacientes a presentar quejas contra los médicos. Las consecuencias indirectas de un repunte en la medicina defensiva, generada por un aumento en la cantidad de reclamos.
- ◆ Debe hacerse una distinción entre la mala praxis médica y un resultado desfavorable que puede ocurrir en el curso de la atención y del tratamiento médico y que puede no ser la culpa del profesional.
- ◆ La mala praxis médica implica una falla del profesional en cumplir la norma de atención para el tratamiento del paciente, o una falta de pericia, o la

⁴⁶ DI CATALDO, Vanesa. Proposición sobre mala praxis médica en la 44ª asamblea médica mundial, Marbella, España, Septiembre de 1992.

negligencia al proveer la atención, y que es una causa directa del daño infligido al paciente. Un daño que se inflige en el curso del tratamiento, que no puede ser previsto y que no fue el resultado de una falta de pericia o conocimiento por parte del médico, es un resultado desafortunado del cual el médico no debe hacerse cargo.

- ◆ Puede fijarse una compensación a los pacientes que hayan sufrido un daño como resultado del tratamiento, en la medida en que no lo prohíba la legislación nacional, y en distintos grados según que haya reclamo por mala praxis, o en los casos desfavorables que se hayan producido durante la prestación de la ayuda y el tratamiento médico correspondiente.
- ◆ Cuando ocurre un caso desfavorable, sin error por parte del médico, la sociedad debe determinar si el paciente tendría que ser compensado por los daños sufridos, y si es así, debe indicarse la fuente que proveerá los fondos para la compensación. Las condiciones económicas del país determinarán si esos fondos de solidaridad están disponibles para compensar al paciente sin que ese desembolso corra por cuenta del médico. Las leyes de cada jurisdicción dispondrán los procedimientos necesarios para decidir la responsabilidad por los reclamos de mala praxis médica y para determinar el monto de la compensación que se asigne al paciente, en el caso de que se demuestre la mala praxis.

Las asociaciones médicas nacionales deberán considerar todas o algunas de las siguientes actividades en un esfuerzo para otorgar un trato justo y equitativo tanto a los médicos como a los pacientes:

- ◆ Programas de educación pública sobre los riesgos inherentes a algunos de los nuevos métodos modernos de terapia e intervención quirúrgica, y programas de educación profesional sobre la necesidad de obtener el

consentimiento informado del paciente para aceptar ese tratamiento e intervención quirúrgica. Programas de apoyo al público, destinados a demostrar los problemas que surgen en medicina en la prestación de asistencia médica frente a una rigurosa limitación de gastos. Defensa de los programas generales de la educación para la salud, tanto en la escuela como en los establecimientos comunitarios. Mejoramiento del nivel y de la calidad de la educación médica, teniendo en cuenta las experiencias mejoradas de capacitación clínica. Desarrollo y participación en los programas para médicos, diseñados para mejorar la calidad de la atención y del tratamiento. Desarrollo de las propuestas adecuadas sobre capacitación terapéutica de los médicos cuyos conocimientos y habilidades probaron ser deficientes, incluso las propuestas sobre limitación de la práctica médica hasta que las deficiencias sean corregidas. Información dada a la población y al gobierno sobre el peligro de que puedan manifestarse actitudes de medicina defensiva (multiplicación de las medidas terapéuticas o, por el contrario, abstención del tratamiento o hasta la renuencia de ciertos médicos jóvenes en participar en algunas especialidades de alto riesgo). Información a la población sobre el hecho de que puede producirse un daño durante el tratamiento y que éste puede no haber sido previsto y no ser el resultado de una mala praxis del médico.

- ◆ Apoyo para la protección legal de los médicos cuyos pacientes han sido dañados por circunstancias desafortunadas no causadas por ninguna mala praxis. Participación en la elaboración de leyes y procedimientos aplicables a los reclamos de mala praxis médica. Desarrollo de una activa oposición a los reclamos injustificados y a la participación contingente de los abogados.
- ◆ Exploración de procedimientos modernos para manejar los reclamos por mala praxis médica, tales como el arbitraje, antes que los procesos judiciales. Fomento del seguro personal tomado por los médicos contra los

reclamos por mala praxis, seguro que será pagado por el propio profesional o por el empleador si aquél está empleado. Participación en la toma de decisiones sobre la conveniencia de pagar compensaciones a los pacientes perjudicados en el curso del tratamiento, sin que haya habido mala praxis”.

10.7. Diagnóstico equivoco en Colombia

Astolfo Franco⁴⁷ para la revista Colombia Médica, acotó lo siguiente: “Los errores clínicos en la prestación de los servicios de salud pueden tener consecuencias graves que incluyen la muerte de los pacientes. Su génesis involucra no sólo factores institucionales y de las personas, sino también otros como los gubernamentales y los académicos. La creación de una cultura institucional en seguridad del paciente, la implementación de prácticas seguras y el trabajo continuo para el mejoramiento de los factores humanos, llevarán a actos clínicos más seguros que se alejen de los errores que suceden a diario en las organizaciones de salud”⁴⁸.

A nuestro entender la mala praxis esta dada desde el momento en que al paciente se le mira como una mercancía, perdiéndose por completo la condición humana, el sentir de la dolencia que lo aqueja, porque es el enfermo quien soporta el dolor, y que se le acrecienta al no recibir el tratamiento adecuado o al tener que hacer largas colas para ser atendido, o, de la misma manera, tener que esperar que llegue el día de la asignación de la cita, como si las enfermedades pudieran ser programadas. Pero no sólo se juega con la salud de los afiliados, sino también con la profesión de los galenos, porque se les programa para atender a sus pacientes, dándoles un determinado tiempo de atención, del cual no pueden pasarse, porque estaría dándole pérdidas a la compañía, y de lo que se trata es del manejo de un negocio que tiene que ser mas lucrativo para los inversionistas, que visto desde la

⁴⁷ Profesor auxiliar, Escuela de Salud Pública, Facultad de Salud, Universidad de Valle, Cali Colombia.

⁴⁸ FRANCO, Astolfo. Revista Colombia Médica. Vol: 36 No. 2, 2005 (abril-junio), pag. 130-133

globalización, son multinacionales las que operan y van a monopolizar la industria de la salud a nivel mundial.

“La industria de la salud se ha apoyado en la experiencia obtenida en otras industrias de alta seguridad y confiabilidad para establecer sistemas de informes de incidentes que permitan el análisis y mejoramiento. Encontrar culpables, lejos de beneficiar a una organización, la perjudica. La culpa supone un castigo y el mismo genera miedo en las personas.

Este sentimiento produce en las personas la necesidad de ocultar sus errores para no verse perjudicados en lo personal y más en lo laboral. Con este comportamiento se pierde la posibilidad de encontrar el error, analizarlo y aprender de él para evitar su recurrencia. Es esta la razón del direccionamiento del Instituto de Medicina en los EUA, de establecer sistemas de reporte obligatorio que generen en el futuro la cultura de aprender del error. Es razonable, por la misma condición humana de la atención en salud, esperar que siempre ocurran errores. Cada ser humano está rodeado de su propio entorno biopsicosocial, que afecta la interacción personal en su comportamiento, su habilidad, su concentración, su forma de pensamiento y su respuesta a los procesos patológicos. En el ámbito de la atención en salud quien interactúa no sólo debe estar atento a su labor y a la relación personal con una sola persona o varias a la vez, sino también al funcionamiento adecuado de los demás agentes involucrados como son la tecnología y los equipos, lo cual resulta usualmente difícil de mantener por largo tiempo favoreciendo la aparición del error. Además, hay procesos de atención donde la condición clínica del paciente o donde la interacción simultánea de muchas personas con el individuo y entre ellos mismos, aumenta la posibilidad de error (pacientes ancianos o inmunosuprimidos, o internados en la unidad de cuidado intensivo)”⁴⁹.

⁴⁹ Ibídem

Visto desde el aspecto social en los diferentes países, en cuanto a la práctica de la medicina, parece ser que el miedo o el temor de quienes se atreven a escribir sobre el tema, es el de que por la prevención a la judicialización, que en un momento dado pueda tener el médico y la clínica o la organización de salud, por la práctica de la medicina, los unos y los otros estén prevenidos, y por lo tanto, las intervenciones y los diagnósticos se lleven bajo unos parámetros de cuidado, dándose aplicación a una medicina defensiva, esto es, que el cuerpo médico va a tener cuidado con que el procedimiento se dé con todos los requerimientos posibles, poniendo todo el instrumental quirúrgico para la intervención, pero sin ir más allá, es decir, sin tomar riesgos que en algún momento son necesarios para la cura del paciente, limitándose en su saber el grupo de galenos responsables de la operación. Conllevando, por supuesto, a una mecanización de la medicina. Pero que si dado el caso se encuentran con otro mal que pueda después hacerle mella a la salud del paciente, este no es tenido en cuenta, porque la intervención se hace para un caso específico, perdiendo la práctica médica la libertad, la autonomía, la capacidad y la vocación del médico, así, como la investigación de patologías que podrían ser terminadas en el mismo procedimiento.

Pero, lo que se castigaría con la judicialización del proceder médico, no sería ese desarrollo científico hacia la medicina, ni mucho menos la discreción que pueda tener el médico para determinar cual es el mejor procedimiento y cual otro acometer en aras de lograr la salud del paciente, sino lo que se judicializa es la mala praxis, la negligencia, la impericia, es decir, la práctica o el diagnóstico sin el conocimiento adecuado y profesional.

10.8. Medicina defensiva en Colombia

La práctica de la medicina defensiva, parece haber sido tomada hace mucho tiempo en Colombia, porque para que una persona sea atendida y le presten los cuidados necesarios para el tratamiento de la enfermedad, debe acudir a los

estrados judiciales, incluso para que le suministren los medicamentos precisos, y no, los que le quieran dar, hay que acometer la misma practica. Pero acá no se hace por el temor de ser demandado por el resultado del tratamiento o de la intervención, sino que la práctica de la medicina defensiva la hacen las empresas prestadoras de salud pero a su favor, es decir, niegan los procedimientos y los medicamentos porque con eso adquieren mayores ganancias.

Es frecuente el que el médico le recomiende al paciente invocar la acción de tutela, para que por intermedio de ésta, se le obligue al centro médico a suministrar, bien sea el procedimiento quirúrgico o el tratamiento medicinal adecuado.

10.9. Marco jurisprudencial.

La Corte Constitucional ya se ha pronunciado con respecto a la situación antes descrita, es así que en sentencia C- 463 de 2008, con relación a la Ley 1122 de 2007, mas exactamente en la declaración de exequibilidad del literal j del artículo 14 de la citada Ley. Indicó el alto tribunal que: “El artículo 14 de la Ley 1122 trae unas reglas adicionales para el aseguramiento en el Sistema General de Salud, de las cuales hace parte el literal j) demandado, el cual prevé en una primera parte, la obligación de las EPS de llevar a consideración del Comité Técnico Científico las solicitudes relativas a medicamentos no incluidos en el plan de beneficios del Régimen Contributivo, en aquellos casos de enfermedad de alto costo, para que estos sean cubiertos por el Fosyga”⁵⁰. En una segunda parte, el artículo 14 determina una sanción para las EPS que incumplan este deber, de manera tal, que si la EPS no estudia oportunamente tales solicitudes respecto de

⁵⁰ El Fosyga es el Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de seguridad en Salud. Adscrito al Ministerio de la Protección Social, sostenido con los recursos de los aportes de quienes pagan en el régimen contributivo y un porcentaje de las compras de seguro obligatorio para los vehículos automotores. Para cubrir los medicamentos y procedimientos no cubiertos por el POS. Así como las urgencias.

medicamentos no incluidos en el POS para enfermedades de alto costo, ni las tramita ante el respectivo Comité Técnico Científico, y en caso tal que se obligue a la EPS a la prestación de dicho servicio solicitado mediante acción de tutela, los costos deberán ser cubiertos por partes iguales entre las EPS y el Fosyga.

De la previsión anterior, colige la Corte que: “para el Legislador los requerimientos en salud de que trata el literal j) del artículo 14 de la Ley 1122 del 2007, se encuentran íntimamente relacionados con la vulneración de derechos fundamentales protegibles vía de la acción tutelar, razón por la cual estableció una consecuencia económica en caso que la EPS incumplan con su obligación de estudiar oportunamente tales solicitudes y tramitarlas ante el Comité Técnico Científico y dicha prestación sea ordenada mediante acción de tutela, caso en el cual los costos de la prestación ordenada serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y el Fosyga”⁵¹.

Prosigue la Corte en su disertación argumentando que: “Esta Sala encuentra necesario hacer dos precisiones antes de entrar en el análisis concreto de las expresiones demandadas, acerca de la jurisprudencia de esta Corte, en relación con el carácter y función de los Comités Técnicos Científicos, y otra en relación con las prestaciones en salud ordenadas por el médico tratante, entre ellas los medicamentos, criterios que son claves para entender el sentido de la norma acusada dentro del marco constitucional.

En relación con los Comités Técnicos Científicos esta Corte reitera su jurisprudencia (i) en primer lugar, en el sentido de que estos Comités son instancias meramente administrativas cuyos procedimientos no pueden oponerse a los afiliados al momento de hacer efectivo el derecho a la salud de los usuarios a través de la prestación de servicios médicos no cubiertos por el POS; (ii) en segundo lugar, en el sentido de que son los **médicos tratantes** los competentes

⁵¹ CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-463 de 2008. M.P. Jaime Araujo Renteria

para solicitar el suministro de servicios médicos que se encuentren por fuera del Plan Obligatorio de Salud; (iii) en tercer lugar, en el sentido de que cuando exista una divergencia entre el criterio del Comité Técnico Científico y el médico tratante prima el criterio del médico tratante, que es el criterio del especialista en salud.

Respecto de las prestaciones de salud ordenadas por el médico tratante, entre las cuales se encuentran los medicamentos pero también los diagnósticos, exámenes, intervenciones, cirugías etc., o cualquier otro tipo de prestación en salud, es claro para la Corte que cuando a una persona la aqueja algún problema de salud, el profesional competente para indicar el tratamiento necesario para promover, proteger o recuperar la salud del paciente es el médico tratante. Por tanto, evidencia la Sala que una vez que el médico tratante ha determinado qué necesita en términos médicos un paciente, ese requerimiento se convierte respecto de ese ciudadano en particular en un derecho fundamental a ser protegido por el sistema general de salud, por cuanto es aquello que la persona necesita en concreto para que se garantice efectivamente su derecho fundamental a la salud”⁵².

Es de resaltar que de acuerdo a la línea jurisprudencial de la Corte Constitucional, esta se ha pronunciado a favor de declarar el derecho a la salud como un derecho fundamental, no ya en conexidad con el derecho a la vida, sino que la salud implica un derecho de atención inmediata que debe ser cubierto por el Estado, atendiendo a lo social inmerso en la constitución de 1991⁵³.

Igualmente, en concepto rendido por el ministro de la protección social, incluido en la sentencia referenciada, este dejó entrever que no cabe la menor duda que para los funcionarios del Estado, la salud es uno de los pilares a ser protegidos, en

⁵² *ibidem*

⁵³ Corte Constitucional, sentencia C-463 de 2008, M.P. Jaime Araujo Rentería.

aras de propender porque se logre la equidad, cooperación, justicia, oportunidad y equilibrio social.

“En criterio del Ministerio, la acción de tutela se ha convertido en un instrumento de uso necesario para el logro de la prestación del servicio de salud, en mayor porcentaje en las enfermedades de alto costo, lo que hace pensar la ausencia de cobertura universal, la existencia de barreras de acceso tales como autorizaciones y períodos de carencia y las diferencias persistentes en los contenidos de los planes de beneficio”.

“Por lo menos dos razones poderosas produjeron esta dramática situación. Por una parte, la acción de tutela, en general, se instaló en el imaginario colectivo como el mecanismo de justicia realizable, de manera oportuna y expedita, reconocida como una institución legítima de reconocida eficacia. A través de ellas se han solucionado un sin número de problemas ciudadanos que, en otro contexto, debían soportar una prolongada espera (y un consecuente sacrificio de derechos fundamentales) o no tenían solución alguna.

De otro lado, la negativa continuada de los aseguradores, principalmente, en garantizar el acceso a los servicios de salud, cuya continuidad debe estar garantizada en su carácter de servicio público, generando un desequilibrio evidente en la relación de salud (asegurador-asegurado) y un desespero ciudadano en recibir una pronta solución a un padecimiento. Esa conjunción produjo como resultado un incremento generalizado de las acciones de tutela (en 1997, se llega a cerca de un total de 50 mil acciones de tutelas y en los años siguientes se ha instalado en 200 mil), en donde la proporción de las mismas tiene que ver con el acceso y la prestación de servicios de salud.

A este escenario debe sumarse una práctica adoptada y además peligrosa llevada a cabo por algunas Entidades Promotoras de Salud que, aprovechando esa

dinámica, instan al ciudadano a acudir a esta acción (con modelos prediseñados que abarrotan además de los despachos judiciales, a este Ministerio y a la Superintendencia Nacional de Salud), con el fin de obtener rentas, en general, decisiones en las cuales se les permita un recobro al FOSYGA sin tener derecho a ello”⁵⁴.

“Con base en el artículo 188 de la Ley 100 de 1993⁵⁵ el aseguramiento social no culmina con el cubrimiento del plan de beneficios incluidos en el POS, luego la EPS no puede desentenderse del devenir de su afiliado cuando, eventualmente, un medicamento no se encuentre cubierto en el Plan, menos aún, cuando el mismo sufre una enfermedad de alto costo o ruinosa o catastrófica en donde la oportunidad es un tema trascendental para paliar o sanar los sufrimientos del paciente y sobre el cual la propia ley ha previsto el reaseguro. El POS no es una “lista de mercado” sino una herramienta a través de la cual se persigue la finalidad de promoción en salud que sólo de acuerdo con el artículo 18 de la Resolución 5261 de 1994, del entonces Ministerio de Salud, excluye “todas aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención integral que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; aquellos que sean considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios”.

⁵⁴ *Ibidem*

⁵⁵ Artículo 188 de la Ley 100 de 1993: Las Instituciones Prestadoras de Servicios no podrán discriminar en su atención a los usuarios. Cuando ocurran hechos de naturaleza asistencia que presuntamente afecten al afiliado respecto de la adecuada prestación de los servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, aquél podrá solicitar reclamación ante el Comité técnico - científico integrado por la Empresa Promotora de Salud a la cual esté afiliado, integrado de la siguiente forma: un representante de la EPS, un representante de la IPS y, un representante del afiliado, quien podrá concurrir directamente. Si persiste la inconformidad, ésta será dirimida por un representante de la Dirección Municipal de Salud.

11. DERECHOS DE LOS PACIENTES EN EL ESTADO SOCIAL DE DERECHO

11.1. Marco Jurídico

11.1.1. La Salud en la Constitución de 1991.

La Constitución de 1991, en su artículo 49, afirma el deber del Estado en la prestación del servicio de salud como uno de los pilares relevantes en la atención primaria que debe gozar cada uno de los habitantes del territorio, preceptuando que: “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”.

Pero ya desde el preámbulo se enuncia la finalidad de asegurar la vida a todos los integrantes de la nación colombiana. Así mismo, dentro de los fines del artículo 2 denota que son esenciales los de servir a la comunidad, (...), garantizar la efectividad de los principios y derechos, (...) y la vigencia de un orden justo. Por el mismo tenor el artículo 5 dice que “el Estado reconoce, sin discriminación alguna, la primacía de los derechos inalienables de la persona y ampara la familia como institución básica de la sociedad.

De igual manera el artículo 43 estipula que el Estado brindará protección y especial asistencia, durante el embarazo y después del parto a la mujer. Por el mismo tenor el artículo 44 asevera que: “son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada (...)”, y remata el artículo diciendo que los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.

Asimismo el artículo 46 en el inciso 2 señala que: “el Estado le garantizará los servicios de seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia”.

Para configurar lo holístico de los derechos en salud y seguridad social, es decir, la consagración de éste derecho a todos los habitantes del territorio; la Constitución en el artículo 48 así lo prevé: “la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, control y coordinación del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley. El inciso 2 del mismo artículo hace que este derecho se universalice a toda la nación cuando indica que: “se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social”.

Por el mismo tenor el artículo 50 establece que “todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado”.

En el mismo sentido, el artículo 365 establece que: “los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado. Es deber del Estado asegurar su protección eficiente a todos los habitantes del territorio nacional”. Se asegura además, que los servicios públicos pueden ser prestados por el Estado o por los particulares, pero cuando los particulares prestan servicios públicos que debe prestar el Estado, se asemejan éstos a entidades estatales, es decir, las reclamaciones van desde el derecho de petición, hasta la tutela, por la no prestación o por la mala atención y prestación. Y, para concluir con los preceptos constitucionales, el artículo 366 acota que: “el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable”.

Y el inciso 2 del mismo artículo remacha diciendo que: “para tales efectos, en los planes y presupuestos de la nación y de las entidades territoriales, el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación”.

La Carta Magna que gobierna nuestro Estado social de Derecho⁵⁶ ha establecido una serie de fines y principios que le son connaturales al Estado, siendo uno de ellos, el de garantizar la efectividad de los derechos a todos los asociados.

En desarrollo de dichos fines, erigió como derecho fundamental el de la vida, al señalar en su artículo 11: “El derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte”, pero tal referencia no se efectúa a cualquier vida sino a una vida digna, de ahí que la Corte Constitucional, en reiterada jurisprudencia⁵⁷, ha establecido como derecho fundamental, el de la salud (CP. Art. 49), por conexidad con el derecho a la vida, mas sin embargo, en la nueva línea jurisprudencial de la Corte, se encumbra el derecho a la salud, como fundamental de manera directa⁵⁸.

Es así como el constituyente primario en la norma en cita señaló: “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. (...) Los servicios de salud se organizaran en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad...”⁵⁹.

La prestación del servicio público de salud por parte del Estado a nivel descentralizado corresponde a las entidades territoriales (Departamentos y Municipios), quienes en el ejercicio de tales funciones están sujetos a las

⁵⁶ CP. Art. 2. – Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la constitución.

⁵⁷ T-001/2006 MP. Dr. Rodrigo Escobar Gil, T-264 /2004, MP. DR. Álvaro Tafur Galvis, y T1036/2000, MP. Alejandro Martínez Caballero.

⁵⁸ Véase cita 53

⁵⁹ Véase artículo 49 de la Constitución colombiana de 1991.

prerrogativas, condicionamientos y responsabilidades que la carta ha establecido para el nivel nacional.

La prestación de dicho servicio médico, por parte de entidades oficiales, ha ido en constante deterioro, debido a las políticas generales trazadas por el Ministerio de la Protección Social y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que repercute en responsabilidad tanto de las entidades como de los funcionarios al tenor de lo dispuesto en el Art. 90⁶⁰ constitucional.

Una vez leídos los enunciados constitucionales y la jurisprudencia de la Honorable Corte Constitucional, queda como la pregunta, ¿cuándo se cumplirán? Pues a veces pareciera que la carta de navegación de los colombianos fuese un documento romántico que constituye unas promesas que nunca tienen garantía de ser cumplidas, porque como sabemos, la realidad del país es otra; para hablar del caso concreto en salud, ésta se ha convertido en un negocio privado del que se hace más garantista los dividendos y ganancias de las empresas prestadoras, que la condición de social que entraña el servicio de salud, pues los ciudadanos pasamos de ser pacientes a ser clientes, queriendo esto decir que si una persona no tiene como pagar un tratamiento adecuado a su enfermedad, corre con el riesgo de ser paseado por todos los hospitales hasta cuando sea tarde para salvarle la vida y fallezca, como ha acontecido en innumerables casos.

11.2. Reglamentación jurídica en salud

11.2.1. Ley 100 de 1993.

Continuando con la legislación emanada al respecto, la Ley 100 de 1993, que crea el sistema general de salud, estipula en su preámbulo que: “La Seguridad Social

⁶⁰ CP. Art. 90. “El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas...”

Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad”.

ARTICULO 1o. Sistema de Seguridad Social Integral. “El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. El Sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro”.

ARTICULO 4o. Del Servicio Público de Seguridad Social. “La Seguridad Social es servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control están a cargo del Estado y que será prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidos en la presente Ley. Este servicio público es esencial en lo relacionado con el Sistema General de seguridad Social en Salud”.

Es decir, la normatividad está dada en cuanto a salud, no solo desde la carta de navegación de los colombianos, sino desde la jurisprudencia de la Corte Constitucional, y para que no quede duda, la Ley como reguladora de la materia se encuentra a disposición, siendo la principal de ellas, la que traemos a colación en este subtitulo, o sea, la ley 100 de 1993.

La esencialidad se predica de la prestación, tanto universal, es decir, para todo el conglomerado social, como de la efectivización y garantía de su continua asistencia y beneficio, queriendo esto señalar que el Estado debe proveer los mecanismos necesarios para la cobertura en salud, y, de la misma manera, quienes están en la obligación de atender los servicios de salud, no pueden paralizar por completo el servicio, o sea, que a estos trabajadores no les está permitido decretar la huelga total en las labores, atendiendo al artículo 56 superior, cuando preceptúa que se garantiza el derecho de huelga, salvo en los servicios públicos esenciales definidos por el legislador. Siendo por demás la atención en salud, no solo un servicio esencial, sino fundamental, consagrado en la carta superior, y ésta hace gala de supremacía sobre toda la legislación interna.

Igualmente en sus artículos 152 y siguientes estableció el sistema general de seguridad social en salud, desarrolló los fundamentos que lo rigen, determinó su dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación. De acuerdo con esta ley, los objetivos del sistema general de seguridad social en salud son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

El sistema de salud así concebido, comprende los procesos de fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación. En él intervienen diversos factores, tales como los de orden biológico, ambiental, de comportamiento y de atención propiamente dicha, y, forman parte del mismo, tanto el conjunto de entidades públicas y privadas del sector salud, como también, en lo pertinente, las entidades de otros sectores que inciden en los factores de riesgo para la salud.

En este contexto, el sistema general de seguridad social en salud es un servicio público esencial y obligatorio a cargo del Estado, cuyo objeto es garantizar el acceso de todos los colombianos al desarrollo, cuidado y atención de su salud.

El sistema de seguridad social en salud como parte del sistema de salud está bajo la orientación, regulación, supervisión, vigilancia y control del Ministerio de la Protección Social, en lo de su competencia, y atenderá las políticas, planes, programas y prioridades del gobierno para la educación, información, fomento, cuidado de la salud y la lucha contra las enfermedades, de conformidad con el plan de desarrollo económico y social y los planes territoriales.

ARTICULO 188. Garantía de Atención a los Usuarios. Las Instituciones Prestadoras de Servicios no podrán discriminar en su atención a los usuarios. Cuando ocurran hechos de naturaleza asistencial que presuntamente afecten al afiliado respecto de la adecuada prestación de los servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, éstos podrán solicitar reclamación ante el comité técnico científico que designará la entidad de salud a la cual esté afiliado. En caso de inconformidad, podrá solicitar un nuevo concepto por parte de un comité similar que designará la Dirección Seccional de Salud de la respectiva entidad territorial en donde está afiliado. El Gobierno Nacional reglamentará la materia.

Si bien es cierto que con esta ley se crearon los sistemas de salud y la privatización de la misma, no le quitó la responsabilidad al Estado de responder por la salud de los habitantes del territorio, porque muy a pesar que el Estado quiera con el auspicio del sector privado convertir la salud en un negocio, no se puede olvidar que éste es un servicio esencial a cargo del Estado y que no obstante ser prestado por particulares, el Estado es el garante de que el servicio se preste en debida forma y con todas las garantías del caso, pues la función primordial del Estado es la de asegurar a los asociados la salud en condiciones eficientes y eficaces.

11.2.2. Ley 1122 de 2007.

Con la referida ley el Estado dispone los alcances del sistema general de seguridad social en salud así:

11.2.2.1.- Artículo 1º: Objeto. La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

11.2.2.2.- Crea además, la Ley en mención, en su artículo 3º La Comisión de Regulación en Salud.

Artículo 7º: Funciones. La Comisión de Regulación en Salud ejercerá las siguientes funciones:

- 1.** Definir y modificar los Planes Obligatorios de Salud (POS) que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) garantizarán a los afiliados según las normas de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.
- 2.** Definir y revisar, como mínimo una vez al año, el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de los Planes de Beneficios.
- 3.** Definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación de cada Régimen, de acuerdo con la presente Ley. Si a 31 de diciembre de cada año la Comisión no ha aprobado un incremento en el valor de la UPC, dicho valor se incrementará automáticamente en la inflación causada.
- 4.** Definir el valor por beneficiario de los subsidios parciales en salud, sus beneficios y los mecanismos para hacer efectivo el subsidio.

5. Definir los criterios para establecer los pagos moderadores de que trata el numeral 3° del artículo 160 y los artículos 164 y 187 de la Ley 100 de 1993.
6. Definir el régimen que deberán aplicar las EPS para el reconocimiento y pago de las incapacidades originadas en enfermedad general o en las licencias de maternidad, según las normas del Régimen Contributivo.
7. Establecer y actualizar un Sistema de tarifas que debe contener entre otros componentes, un manual de tarifas mínimas que será revisado cada año, incluyendo los honorarios profesionales. En caso de no revisarse el mismo, será indexado con la inflación causada.
8. Presentar ante las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, un informe anual sobre la evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las recomendaciones para mejorarlo.
9. Recomendar proyectos de ley o de decretos reglamentarios cuando a su juicio sean requeridos en el ámbito de la salud.
10. Adoptar su propio reglamento.
11. Las demás que le sean asignadas por Ley.

Parágrafo 1. El valor de pagos compartidos y de la UPC serán revisados por lo menos una vez por año, antes de iniciar la siguiente vigencia fiscal, y el nuevo valor se determinará con fundamento en estudios técnicos previos.

Parágrafo 2. En casos excepcionales, motivados por situaciones de emergencia sanitaria que puedan afectar la salubridad pública, el Ministerio de la Protección Social asumirá temporalmente las funciones de la Comisión de Regulación en Salud.

Parágrafo 3. Las decisiones de la Comisión de Regulación en Salud referidas al régimen contributivo deberán consultar el equilibrio financiero del sistema, de acuerdo con las proyecciones de sostenibilidad de mediano y largo plazo, y las referidas al régimen subsidiado, en cualquier caso serán compatibles con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

De la misma manera, la ley establece en el artículo 14, literal j, lo concerniente a los procedimientos quirúrgicos, así, como los tratamientos a que deben ser sometidos los pacientes, penalizando a las entidades prestadoras de salud, en caso de que estos tengan que ser amparados por tutela,⁶¹ es decir que en caso que los servicios sean obligados a ser prestados mediante la acción de tutela, la E.P.S. no recibe la totalidad del costo del procedimiento, del Fosyga, sino que este no mas le giraría el 50%. Esto con el fin de terminar con esa mala practica de los prestadores de salud, pues ya había hecho carrera el tener que ir primero al Juez para que ordenara el tratamiento o procedimiento y luego donde el galeno tratante ya con la orden judicial.

11.3. Resolución 1043 de 2006, determina en que condiciones deben prestar los servicios de salud las organizaciones que se dediquen a prestarlos, las condiciones físicas, humanas y rotacionales, así, como el presupuesto que deben manejar de acuerdo a los servicios que presten.

11.4. Acuerdo 228 de 2002, clasifica los medicamentos que contempla el POS, pero sin detrimento de ser amparados los medicamentos que efectivamente recomiende el médico tratante que debe ser suministrado para garantizar la salud del paciente.

11.5. Decreto 3039 de 2007. Plan nacional de salud pública.

11.5.1. “Artículo 1º. Adoptase el Plan Nacional de Salud Pública para el cuatrienio 2007-2010, contenido en el documento que forma parte integral del presente Decreto.

El Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, será de obligatorio cumplimiento, en elalud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y

⁶¹ Véase pagina 41

subsidiado, las entidades obligadas a compensar, las entidades responsables de los regímenes especiales y de excepción y los prestadores de servicios de salud.

1.5.2. Artículo 2º. Implementación. El Ministerio de la Protección Social deberá **técnicos y expedir los ámbito de sus** competencias y obligaciones por parte de la Nación, las entidades departamentales, distritales y municipales de s actos administrativos que se requieran para facilitar la implementación del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 atendiendo las diferencias regionales, étnicas y culturales.

11.5.3. Capítulo 1. Alcance. En desarrollo de las competencias consagradas en la Constitución Política, la Ley 9 de 1979, Ley 10 de 1990, Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001, Ley 691 de 2001, Ley 1122 de 2007 y la Ley 1151 de 2007, el Ministerio de la Protección Social, como ente rector del Sistema de Protección Social, del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS y del sector salud, tiene la función de proveer de manera integral, las acciones de salud individuales y colectivas con la participación responsable de todos los sectores de la sociedad, que mejoren la condiciones de salud de la población.

Al Gobierno Nacional, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, le corresponde definir cada cuatro años el Plan Nacional de Salud Pública. El Plan Nacional de Salud Pública incluye:

1. Las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, en coherencia con los indicadores de situación de salud, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales suscritos por el país y las políticas sociales transversales de otros sectores.

2. Define las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las entidades territoriales, y de todos los actores del Sistema General de Seguridad

Social en Salud - SGSSS, que se complementarán con las acciones de los actores de otros sectores definidas en el plan nacional de desarrollo y en los planes de desarrollo territorial. De acuerdo con lo establecido en las Leyes 10 de 1990, 100 de 1993, 715 de 2001, 691 de 2006 y 1122 de 2007, corresponde a las entidades nacionales, a las entidades adscritas al Ministerio de la Protección Social, a las direcciones territoriales de salud, a las entidades promotoras de salud - EPS, a las entidades de los regímenes especiales y de excepción, a las administradoras de riesgos profesionales - ARP, a los prestadores de servicios de salud – IPS, a los resguardos indígenas, y a la sociedad civil en general, adoptar las políticas, prioridades, objetivos, metas y estrategias del Plan Nacional de Salud Pública.

Para ello se formulará y aprobará el Plan de Salud Territorial a cargo de las direcciones territoriales de salud, comprende acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las acciones previstas en el plan obligatorio de salud – POS del régimen contributivo y del régimen subsidiado y el de riesgos profesionales. Los anteriores planes se formularán en coherencia con los perfiles de salud territorial. Además, se adoptará el sistema de evaluación de resultados para realizar los correctivos pertinentes y así cumplir con las metas definidas para el cuatrienio.

Por tanto, el Ministerio de la Protección Social previa consulta a expertos y concertación con los actores del sector salud, formula el Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010, cuyo propósito es definir la política pública en salud que garantice las condiciones para mejorar la salud de la población Colombiana, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad, promoviendo condiciones y estilos de vida saludables, previniendo y superando los riesgos para la salud, y recuperando o minimizando el daño, entendiendo la salud como un derecho esencial individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida, mediante acciones sectoriales e intersectoriales.

El Plan Nacional de Salud Pública 2007- 2010, en coherencia con las políticas del Plan Nacional de Desarrollo 2006 - 2010, previstas en la Ley 1151 de 2007, define las prioridades en salud de los próximos cuatro años, los objetivos, metas y estrategias para su cumplimiento, y las enmarca en las competencias de todos los actores involucrados conforme a los recursos disponibles. Propósitos del Plan Nacional de Salud Pública Son propósitos del Plan Nacional de Salud Pública los siguientes:

1. Mejorar el estado de salud de la población Colombiana.
2. Evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad.
3. Enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica.
4. Disminuir las inequidades en salud de la población Colombiana.

11.5.4. Capítulo III. Líneas de Política. El Ministerio de la Protección Social, como principal responsable y gestor de las acciones dirigidas a mejorar las condiciones de salud en la población, define las siguientes líneas para el desarrollo de la política en salud:

1. La promoción de la salud y la calidad de vida.
2. La prevención de los riesgos.
3. La recuperación y superación de los daños en la salud.
4. La vigilancia en salud y gestión del conocimiento.
5. La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

Estas líneas buscan armonizar y articular el Sistema de Protección Social para el logro de las metas y especialmente para reducir las brechas en salud existentes entre regiones y grupos poblacionales.

Esto exige una articulación efectiva de esfuerzos del sector, entre la Nación, las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud - EPS, las administradoras de riesgos profesionales - ARP, los prestadores de servicios de salud -IPS, la sociedad civil organizada, las sociedades científicas, las instituciones formadoras del talento humano en salud, los otros sectores de la sociedad y las entidades de cooperación técnica internacional.

11.5.5. Línea de política número 1. Promoción de la salud y la calidad de vida. La promoción de la salud y la calidad de vida constituye un proceso político y social que abarca las acciones dirigidas a fortalecer los medios necesarios para mejorar la salud como derecho humano inalienable, a consolidar una cultura de la salud que involucre a individuos, familias, comunidades y la sociedad en su conjunto, a integrar el trabajo de los sectores y las instituciones en un proceso orientado a modificar los condicionantes o determinantes de la salud, con el fin de mitigar su impacto en la salud individual y colectiva.

Se asume la promoción de la salud y la calidad de vida como una dimensión del trabajo de salud que ubica su centro en la noción de salud, en su sentido positivo como bienestar y calidad de vida, que se articula y se combina con la acción preventiva. La promoción de la salud y la calidad de vida integra, las acciones individuales y colectivas encaminadas a hacer que los individuos y las colectividades estén en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud.

Esta línea hace posible la vinculación de los temas del sector salud con los temas de otros sectores y con la política económica y social. El objetivo es fomentar las capacidades y generar en los individuos y las comunidades las oportunidades para que sean capaces de identificar y satisfacer sus necesidades en salud, cambiar o adaptarse al medio ambiente, asumir estilos de vida que reduzcan su vulnerabilidad, y participar en el control social para la mejoría de las condiciones

del entorno con el fin de facilitar el desarrollo de una cultura de la salud con calidad de vida y el desarrollo de la autonomía individual y colectiva.

La calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Supone la satisfacción mínima aceptable del complejo de necesidades y satisfactores en las dimensiones individual, familiar y comunitaria en los ámbitos locales, regionales y nacionales.

11.5.6. Estrategias de la promoción de la salud y la calidad de vida. Para el desarrollo de esta política se definen las siguientes estrategias:

A cargo de la Nación:

- a. Formulación, desarrollo y evaluación de políticas públicas de promoción de la salud y la calidad de vida.
- b. Fomento de la educación para la salud dentro y fuera del sector salud.
- c. Formulación, desarrollo y evaluación de las políticas para mejorar la participación social y el empoderamiento comunitario.
- d. Abogacía para movilizar voluntades, compromisos políticos intersectoriales y comunitarios para mejorar la salud y calidad de vida y establecer alianzas para la construcción de entornos saludables.
- e. Formulación, desarrollo y evaluación de las políticas para la reorientación de los servicios de salud hacia la promoción de la salud y la calidad de vida, bajo estándares de calidad y satisfacción de los usuarios.

A cargo de las entidades territoriales:

- a. Adopción y evaluación de políticas públicas de promoción de la salud y la calidad de vida y prevención de los riesgos.
- b. Fomento de la educación para la salud dentro y fuera del sector salud.

- c. Formulación, adopción y evaluación de políticas para mejorar la participación social y comunitaria en salud.
- d. Abogacía para movilizar voluntades, compromisos políticos intersectoriales y comunitarios para mejorar la salud y calidad de vida y establecer alianzas para la construcción de entornos saludables.
- e. Formulación, adopción y evaluación de políticas para la reorientación de los servicios de salud hacia la promoción de la salud y la calidad de vida, bajo estándares de calidad y satisfacción de los usuarios.

A cargo de las entidades promotoras de salud - EPS, administradoras de riesgos profesionales - ARP e instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS:

- a. Promoción del conocimiento de los derechos y deberes dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS en la población a su cargo.
- b. Promoción de entornos saludables en la población a su cargo y en el ámbito de los servicios de salud.
- c. Promoción del desarrollo individual integral por ciclo vital y de la adopción de estilos de vida saludable.
- d. Promoción de la salud mental con énfasis en el ámbito intrafamiliar.
- e. Promoción del uso racional, adecuado y oportuno de los servicios en salud.
- f. Promoción de la conformación de redes sociales de apoyo y de usuarios que faciliten los procesos de mejoramiento de la salud y calidad de vida.

11.5.7. Línea de política número 2. Prevención de los riesgos. Es el conjunto de acciones individuales y colectivas en salud orientadas a la reducción de los riesgos de enfermar o morir. El objetivo de esta línea de política es minimizar la pérdida de bienestar evitando, mitigando o reduciendo al mínimo la probabilidad de daño, mediante intervenciones compartidas entre el Estado, la comunidad, las entidades promotoras de salud -EPS, las administradoras de riesgos profesionales - ARP y los sectores cuyas acciones tienen incidencia en la salud de las personas.

Esta línea de política abarca las medidas destinadas no solamente a evitar la aparición de la enfermedad, la prevención primaria, sino también a gestionar el riesgo para detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida, la prevención secundaria.

11.5.8. Estrategias de la prevención de los riesgos. Para el desarrollo de esta política se definen las siguientes estrategias:

A cargo de la Nación:

- a. Definición, desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas públicas de prevención de los riesgos biológicos, del consumo, del comportamiento, medio ambiente, laboral, sanitario y fitosanitarios.
- b. Definición, seguimiento y evaluación de las acciones de prevención específica y detección temprana del plan obligatorio de salud – POS de los regímenes contributivo y subsidiado.
- c. Definición de las normas técnicas y guías de atención integral basadas en la evidencia para estandarizar los procesos de atención en el plan obligatorio de salud – POS de los regímenes contributivo y subsidiado.
- d. Desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud - SOGCS.
- e. Definición, seguimiento y evaluación de las intervenciones preventivas de tipo colectivo priorizadas en el Plan Nacional de Salud Pública.
- f. Formulación, desarrollo y evaluación de planes preventivos en lo relativo a la salud, frente a las emergencias y desastres en salud.
- g. Definición, desarrollo, seguimiento y evaluación de los servicios preventivos en salud ocupacional y laboral.
- h. Desarrollo de acciones de coordinación y articulación intra y extrasectorial para la formulación y ejecución de las estrategias de prevención de los riesgos que afectan la salud.

11.5.8.1. A cargo de las entidades territoriales:

- a. Formulación, desarrollo y evaluación de políticas públicas de prevención de los riesgos biológicos, del consumo, del comportamiento, del medio ambiente, laborales, sanitarios y fitosanitarios.
- b. Seguimiento y evaluación de las acciones de prevención específica y detección temprana del plan obligatorio de salud – POS de los regímenes contributivo y subsidiado.
- c. Difusión y vigilancia de la aplicación de las normas técnicas y guías de atención integral basadas en la evidencia.
- d. Adopción del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud – SOGCS, en sus competencias.
- e. Desarrollo, seguimiento y evaluación de las intervenciones preventivas de tipo colectivo que afectan las prioridades del Plan Nacional de Salud Pública, en su jurisdicción.
- f. Formulación, desarrollo y evaluación de planes preventivos en lo relativo a la salud, frente a las emergencias y desastres en salud, en su jurisdicción.
- g. Definición, desarrollo, seguimiento y evaluación del desarrollo de los servicios preventivos en salud ocupacional y laboral, en su jurisdicción.
- h. Desarrollo de acciones de coordinación y articulación intra y extrasectorial para la formulación y ejecución de las estrategias de prevención de los riesgos que afectan la salud, en su jurisdicción.

11.5.8.2. A cargo de las entidades promotoras de salud - EPS, las administradoras de riesgos profesionales - ARP y de las instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS:

- a. Desarrollo por ciclo vital a nivel individual y familiar de las acciones de prevención específica y detección temprana incluidas en el plan obligatorio de salud – POS de los regímenes contributivo y subsidiado.

- b. Desarrollo de su red de instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS y del sistema de referencia y contrarreferencia.
- c. Cumplimiento de los estándares definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud – SOGCS.
- d. Mejoramiento continuo de las competencias del talento humano y capacitación en salud pública.
- e. Evaluación de la percepción del riesgo y satisfacción de los servicios desde la perspectiva de los usuarios.

11.5.9. Línea de política número 3. Recuperación y superación de los daños en la salud. Es el conjunto de acciones individuales del plan obligatorio de salud - POS de los regímenes contributivo y subsidiado, que busca recuperar la salud y superar los daños ocurridos en los individuos y las poblaciones, mediante el acceso oportuno y con calidad a los servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y a los programas y redes de protección social. Involucra acciones de prevención secundaria y terciaria que se realizan en todos los niveles de atención y grados de complejidad con el objeto de detener o reducir el daño que pueda producir la enfermedad ya presente, el establecimiento de la cronicidad, sus recidivas o sus secuelas. Esta política demanda de las autoridades de salud y de la sociedad en general, una permanente evaluación del acceso, oportunidad, calidad, pertinencia y grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud”⁶².

Igualmente contempla el plan la vigilancia en salud pública, sanitaria, en salud en el entorno laboral y de control de la gestión del sistema en seguridad social en salud. Asimismo las estrategias metas y prioridades en salud a cargo de los estamentos obligados a la prestación de la salud.

⁶² Decreto 3039 de 2007. Plan de Salud Pública

Como se puede ver el plan es ambicioso contempla todo lo relacionado con el tema de la salud a nivel nacional y regional. Involucra a todas las entidades que tienen parte en el tema de la salud, esto es, a la nación, los departamentos, los municipios, en sus planes de desarrollo, pero también a las entidades prestadoras de salud, tanto del régimen contributivo, como del subsidiado.

No obstante toda la legislación anterior, pareciera que fuese letra muerta, pues la practica en salud por parte de los prestadores de la misma, era completamente disonante con respecto a lo ordenado por el legislador, pues cada quien hacía lo que le convenía o le representaba mayores dividendos, teniendo que acudir ante el Juez para poder recibir la atención en salud. La corte ha querido hacer entrar en cintura a las empresas encargadas de la salud, es por eso que en el 2008, en una sentencia de tutela unificó varias sentencias y fijó unos parámetros a seguir.

11.6. Marco Jurisprudencial.

Como se indicó en un capítulo anterior, el tema específico del “Diagnóstico Equivocado” como causante de falla médica en la prestación de los servicios de salud y por ende de responsabilidad del Estado, ha sido objeto de análisis tangencial por parte del máximo organismo de lo Contencioso Administrativo que lo vislumbra de manera general en sus fallos. Al respecto, de manera enunciativa se citará los siguientes fallos:

11.6.1. Sentencia Consejo de Estado del diez (10) de febrero de dos mil (2000); radicación No. 11878; actor Josué Reinaldo Duran Serrano y otros; demandados Hospital Universitario Ramón González Valencia; CP. Alier Eduardo Hernández Enríquez. El Consejo de Estado plantea lo relacionado a la teoría de la falla del servicio probada por contraposición a la falla del servicio presunta; concluyendo que debido a la falta de tratamiento oportuno de la patología presentada, lo que, a su vez, tuvo por causa el no esclarecimiento a tiempo del diagnostico conllevó a la muerte del paciente. Adicionalmente, estableció que lo que debe evaluarse en

cada caso es sui se utilizaron todos los recursos, si se practicaron los procedimientos adecuados para llegar a un diagnóstico acertado.

11.6.2. Sentencia Consejo de Estado del veintidós (22) de marzo de dos mil uno (2001); actor Clementina López Bautista; demandado Instituto de Seguros Social; radicación No. 13166 CP. Dr. Ricardo Hoyos Duque. El Consejo efectúa un recuento histórico acerca de la evolución de la jurisprudencia sobre la responsabilidad por el servicio médico asistencial y se refiere al principio de la carga dinámica, para concluir afirmando que en muchos eventos el demandante puede ser relevado por el juez de acreditar la falla del servicio médico en consideración al alto grado de dificultad que representa para éste acreditar hechos de carácter científico o realizados en condiciones en las cuales únicamente el profesional médico pueda tener acceso a la información.

Como ya lo hemos enunciado, la Corte Constitucional en sentencia C-463 de 2008, con respecto a la necesidad de que la salud esté en conexidad con el derecho a la vida para que pueda ser amparado por tutela como un derecho inherente a la persona humana, su despliegue ha exaltado la salud a un sitio de preferencia, pues la condición de vida se desprende del hecho de tener buena salud, sin esa facultad se limita el hombre en su accionar, como estudiante, como trabajador, como padre de familia, como profesional, en fin, se deja de un lado la producción material, incluso la afectiva, para atender los quebrantos de salud. Razón por la cual, la salud debe ser tenida como uno de los pilares esenciales del individuo. Sostiene la Corte que: “el carácter fundamental del derecho a la salud se deriva del propio texto constitucional, y que la fundamentalidad de un derecho es su exigencia de universalidad, que sea éste reconocido para todas las personas sin excepción”. Indicó además que: “el principio de universalidad del derecho a la salud dispuesto en el artículo 48 Superior, conlleva un doble significado: respecto del *sujeto* y respecto del *objeto* del Sistema General de Salud. (i) Respeto del sujeto, esto es, del destinatario de la seguridad social en

salud, el principio de universalidad implica que *todas las personas habitantes del territorio nacional* tienen que estar cubiertas, amparadas o protegidas en materia de salud. (ii) Respecto del objeto, esto es, la prestación de los servicios de salud en general, este principio implica que todos los servicios de salud deben ser prestados en razón de las necesidades de los usuarios del Sistema”⁶³.

11.6.3. Tutela 760 de 2008.

Tal vez, el mecanismo más relevante y que más ha beneficiado a los habitantes colombianos desde que se promulgó la constitución de 1991, ha sido sin lugar a dudas la acción de tutela, mecanismo expedito, rápido y sin dilaciones que debe ser cumplido por las entidades una vez se produzca el fallo a favor del interesado. La acción ha gozado desde su concreción en la constitución, de innumerables enemigos, partiendo incluso del Estado y sus ministros, que son los que supuestamente deben defender el conglomerado social. En materia de salud la corte se viene pronunciando en fallos de tutela amparando la salud como un derecho inherente a la condición humana, que no debe ser desconocido. En la tutela 406 de 1992, amparó el derecho a la salud en conexidad con el derecho a la vida y al mínimo vital, y no era para menos, pues de los varios billones que el Estado recibe como impuestos, por lo menos un buen rubro debe ser dispuesto para cubrir la salud de los habitantes de este país, cuando haga falta; pues bien sabido es, que la mayoría de colombianos pagan aportes por su salud, es decir, el Estado no se la provee como debería ser, en devolución por los impuestos pagados, sino que es un costo mas que se debe cubrir con el sueldo ganado.

Ha sido práctica que ha hecho carrera dentro las entidades prestadoras de salud, restringir al máximo los servicios a que tienen derecho los aportantes, porque de lo que se trata es de un negocio lucrativo y entre menos servicios sean cubiertos por las entidades prestadoras de salud, mayores son las ganancias, quedando

⁶³ Corte Constitucional, sentencia C- 463 de 2008 M.P. Jaime Araujo Renteria.

únicamente por vía de tutela el ruego para que la persona no pierda la vida. De ahí en adelante la invocación de la tutela no se ha hecho esperar, llegando incluso para el año 2008, a la cifra de 142.957 acciones de tutela en salud⁶⁴. La Corte Constitucional ha querido detener la tutelitis⁶⁵ haciendo unos pronunciamientos con carácter obligatorio para ser cumplidos, no solo por el gobierno, sino también por las empresas prestadoras de salud, penalizándolas con asumir de la mitad del costo del procedimiento⁶⁶ cuando este sea dado por la obligación de un fallo de tutela, pero parece que las cosas no han sido del recibo de las entidades, tanto gubernamentales como privadas, porque aún se siguen presentando las tutelas porque los procedimientos o tratamientos son negados.

Con la tutela 760 de 2008, la Corte Constitucional quiso ponerle fin a la presentación de las mismas por parte de los usuarios del sistema general de salud, en esta sentencia reúne 22 fallos relacionados, pero además hace unas recomendaciones al Estado y a las entidades comercializadoras de la salud, otorgando derechos a los pacientes en el suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas y tratamientos, no contemplados en el POS, por enfermedades catastróficas, cuando se afecte o esté en peligro la vida, la calidad de la misma, la vida en relación, la imagen de la persona, así como toda la denominación que jurisprudencialmente ha declarado la Corte, se afecta cuando alguien no tiene una buena salud.

Las recomendaciones van incluso a señalar que la cobertura en salud para el 2010, debe ser total, igualmente que para el mes de octubre de 2009, no deben existir diferencias entre el régimen contributivo y el subsidiado en cuanto a coberturas. Además reafirmó que la salud es un derecho fundamental⁶⁷, “que comprende el derecho a acceder a servicios de salud de manera oportuna, eficaz

⁶⁴ Defensoría del Pueblo. La Tutela y el Derecho a la Salud, Periodo 2006-2008, Bogotá D.C. 2009, pag. 27.

⁶⁵ Tutela que se analiza en el párrafo siguiente.

⁶⁶ *Ibíd*em

⁶⁷ Corte Constitucional, Tutela 760 de 2008, Sala 2ª de Revisión. M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.

y con calidad, y que debe ser acatado y respetado por las empresas prestadoras de los servicios de salud, sin necesidad de tutela”.

11.6.3.1. Cronograma de Órdenes. Tutela 760 de 2008

11.6.3.2. Primer Tema: Reforma, actualización y adecuación de los planes de Beneficios (POS y POSS) 5 días, desde de la notificación.

Ampliación automática de las facultades al Comité Técnico Científico, para que pueda autorizar servicios de salud diferentes a medicamentos, mientras el Ministerio de la Protección Social regula la materia.

Octubre 31 de 2008. Presentación del informe de la Superintendencia de Salud y del Ministerio de la Protección Social sobre los servicios de salud que las EPS demoran.

Febrero 1 de 2009. Actualización integral por parte de la Comisión de Regulación en Salud de los Planes de beneficios del régimen contributivo y subsidiado. Presentación de primer informe por parte de las EPS sobre los servicios de salud que continúan negando.

Presentación por parte de la Comisión de Regulación en Salud de un programa para la unificación de los planes de beneficios del régimen contributivo y del régimen subsidiado y del correspondiente cronograma de ejecución.

Remisión a la Corte Constitucional por parte del Ministerio de la Protección Social del primer informe anual sobre la reducción de las acciones de tutela interpuestas en relación con los problemas abordados en la presente sentencia.

Marzo 15 de 2009. Presentación informe a la Corte Constitucional, ICBF y Defensoría del Pueblo por parte de la Comisión de Regulación en Salud sobre avances en la unificación de los planes de beneficios del régimen contributivo y subsidiado para los niños y las niñas.

Presentación de informe por parte del Ministerio de la Protección Social sobre la adopción de medidas para regular el trámite interno que debe adelantar el médico tratante, para que la respectiva EPS autorice directamente servicios de salud diferentes a medicamentos y sobre los resultados de la ampliación automática de esas funciones, mientras se adopta una regulación al respecto.

Julio 1 de 2009. Fecha límite para que el Ministerio de la Protección Social garantice que todos los usuarios del sistema, al momento de afiliarse a una EPS, reciban una *carta de derechos del paciente* y una *carta de desempeño* de las EPS e IPS.

Octubre 1 de 2009. Fecha límite para que la Comisión de Regulación en Salud unifique los planes de beneficios del régimen contributivo y subsidiado para las niñas y los niños.

Enero de 2010. Fecha límite para que el Ministerio de la Protección Social asegure la cobertura universal y sostenible del sistema de salud.

Febrero 1 de 2010. Segundo informe sobre actualización anual de los planes de beneficios por parte de la Comisión de Regulación en Salud.

11.6.3.3. Segundo Tema: Garantía de financiación oportuna y adecuada del goce efectivo del derecho a la salud un día, desde la notificación. Obligación del administrador fiduciario del Fosyga de acometer el trámite de solicitudes de recobro una vez la sentencia de tutela que ordena la prestación del servicio médico se encuentre en firme, sin que pueda ser obstaculizado con base en el pretexto del eventual proceso de revisión ante la Corte Constitucional; entre otras correcciones al mecanismo actual.

Noviembre 15 de 2008. Presentación del informe del Ministerio de la Protección Social y el Administrador Fiduciario del Fosyga sobre el cumplimiento de la orden de eliminar obstáculos para el recobro.

Presentación del Plan de Contingencia por parte del Ministerio de la Protección Social y el Administrador Fiduciario del Fosyga para tramitar las solicitudes de recobros atrasadas y para agilizar el pago de las solicitudes de recobro atrasadas.

Enero 15 de 2009. Presentación del primer informe bimensual del Ministerio de la Protección Social y el administrador fiduciario del Fosyga sobre ejecución del Plan de Contingencia para pagar lo adeudado por recobros.

Febrero 1 de 2009. Remisión a la Corte Constitucional, por parte del Ministerio de la Protección Social, de la regulación mediante la cual se adopten medidas para que el sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro, funcione de manera eficiente.

Marzo 15 de 2009. Fecha límite para que el Ministerio de la Protección Social y el Administrador Fiduciario del Fosyga ejecuten en su totalidad el plan de contingencia para tramitar las solicitudes de recobro atrasadas y pago de solicitudes aprobadas que se encuentren atrasadas.

11.6.4. Entrada en funcionamiento automáticamente del mecanismo subsidiario de compensación, en caso de que el Ministerio de la Protección Social y el Administrador Fiduciario del Fosyga no ejecuten el plan de contingencia para rembolsar al menos el 50% de lo adeudado.

Julio 1 de 2009. Fecha límite en la que el Ministerio de la Protección Social y el administrador fiduciario del Fosyga deberán haber pagado la totalidad de los recobros atrasados.

Junio 30 de 2009. Fecha límite para que entre en vigencia la nueva regulación adoptada por el Ministerio de la Protección Social para que el sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro funcione de manera oportuna y eficiente.

Todo esto con el fin de que no hayan mas justificaciones por parte de las entidades prestadoras de salud, con respecto a la no consagración del derecho a

la salud, con el pretexto de la no cancelación de los dineros por parte del Fosyga a las EPS, y, para que quede claro que el derecho a la salud es irrenunciable, pues es uno de los pilares de sostenimiento de las familias, es lo mínimo que debe ser consagrado y que el conglomerado social puede aspirar en un Estado social de derecho.

11.7. Convenios y Tratados Internacionales

Ahora bien, es de saber que el Estado Colombiano es uno de los Estados que mas ha ratificado los convenios y tratados internacionales, incluso en la carta constitucional así lo expresa en el artículo 93: “Los tratados y convenios internacionales ratificados por el congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen en el orden interno”. Con base en ese precepto constitucional se podría decir que el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁶⁸, cuando dice que: “no puede realizarse el ideal del ser humano libre, liberado del temor y de la miseria, a menos que se creen condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos económicos, sociales y culturales, tanto como de sus derechos civiles y políticos”; debe ser cumplido a cabalidad por el Estado colombiano, pues ese fue el propósito con el cual fue firmado y ratificado por Colombia.

Entonces, el artículo 12 de dicho pacto⁶⁹, debe ser considerado como parte integral de la salud en nuestro país, al respecto señala el artículo que: “1. Los Estados Partes en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figuran las necesarias para: a) La reducción de la

⁶⁸ Véase: Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 2200 de 1966, entrada en vigor el 03 de enero de 1976.

⁶⁹ *Ibíd*em

mortinatalidad de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento de todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.

Es decir, la atención en salud debe ser, de acuerdo a la legislación tanto interna como externa, no solo para todo el conglomerado social, sino que esta debe ser de calidad e integral, prestada sin dilación alguna, pues las enfermedades no dan espera.

A pesar de todos los esfuerzos hechos en la materia se sigue presentando la misma práctica amañada, pues aún sigue siendo necesaria la acción de tutela para amparar el derecho a la salud. En informe 1384 de 19 de marzo de 2009, la Defensoría del Pueblo con el título “se reactiva la Tutela para acceder al servicio de salud”, denota la preocupación que existe en ese ente gubernamental por la precaria atención en salud, pues es preciso presentar tutela para hacer valer el derecho a la salud.

Señala el ente defensor que la sentencia T-760 de 2008, de la corte constitucional en su propósito de compilar el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), en la garantía al derecho a la salud en cuanto a las responsabilidades de los entes territoriales, busca precisar sus competencias, pero no establece la manera de asignar los recursos necesarios para atender tales servicios.

Esto al respecto de la expedición de la resolución 5334 de diciembre 26 de 2008. Acota la defensoría que “el problema radica en el agotamiento de los recursos por parte de las entidades territoriales para la prestación de los servicios. Igualmente, los recobros, en el caso del régimen subsidiado, deben hacerse ante los entes

territoriales, sin que pueda cobrarse al Fosyga”. Señala el ente que este resultado afectará las retasa departamentales, produciendo como efecto final al no autorización de servicio y la ausencia de prestación oportuna de los mismos.

Por tal motivo, dice la defensoría, “para acceder a dichos servicios los usuarios tienen que acudir a mecanismos como la acción de tutela para garantizar el acceso real y efectivo a los servicios de salud y la protección del derecho a la salud”⁷⁰.

⁷⁰ Defensoría del Pueblo informe No. 1384 de 19 de marzo de 2009.

12. CRISIS DE LA SALUD EN CASANARE

El departamento de Casanare no es ajeno a la crisis en salud que vive el país, tanto en la mala praxis, como en los diagnósticos equívocos, que conlleva una reparación indemnizatoria por parte del Estado. Así, como el no acceso a la prestación oportuna de los servicios de salud. Situación que analizaremos en el contenido del presente capítulo.

12.1. Marco geográfico. Es de anotar que el departamento del Casanare se encuentra ubicado en la geografía colombiana en la parte de los llanos orientales, que tiene una extensión superficial de 44.640 Km², y que su mayor extensión correspondiente al 82% de su territorio son llanos inundables, ocupados por el 40% de la población, donde se carece de un servicio en salud adecuado o de buena calidad. Llegando incluso en muchos lugares a ser atendido éste sin médicos especialistas, siendo operado únicamente por médicos generales para atender todos los casos, quienes muchas veces son recién egresados en cumplimiento del año rural como requisito para graduarse. Se pensaría que por los recursos con que cuenta el departamento en materia de hidrocarburos, siendo uno de los departamentos con superávit del país, la atención en salud debería ser ejemplar, con cobertura total y sin necesidades, pero la verdad es bien diferente, llegando a parecerse en su condición, al del resto del país.

Así lo dejan prever las sentencias que han sido emanadas de los juzgados administrativos de Yopal en ese sentido.

12.2. Caso 1. En el año 2002, se presenta un caso típico de diagnostico equivoco en el hospital de Aguazul Casanare, connotándose la falta de personal calificado, así como de recursos para una buena intervención, que dio para una condena en contra del hospital Juan Hernando Urrego, E.S.E. de ese municipio. Refieren los

hechos del radicado No. 850012331002-2003-00145, del Tribunal Administrativo de Casanare, que “el 27 de noviembre de 2002, a las 3 y 12 p.m. ingresó al servicio de urgencias del hospital en mención el niño Julián David Gualdrón Echeverría, en edad preescolar, por presentar cuadro de varias horas de evolución, presentando episodios leves de dificultad respiratoria al parecer; la madre comunitaria que lo llevó dijo haber informado al servicio que el niño había ingerido una chaquira”.

“El médico (RM 716/2000) que lo evaluó dejó anotado en la historia clínica lo siguiente:

Examen físico:

Encuentro escolar en BEG-afebril-hidratado conciente activo-reactivo.

Ingresa caminando por sus propios medios.

Sin aleteo nasal.

Buena percusión facial.

Pupilas reactivas.

Mucosa oral húmeda.

Cuello ok.

C/P se levanta la camisa con tórax simétrico.

Respiración voluntaria tolera 02 sin retractaciones costales.

Abd: Rsls (+) blando.

Ext: normal SV estables.

Glasgow: 15/15.

Pte: sin signos de dificultad respiratoria-informante inadecuada sin datos exactos.

Triage: se dan recomendaciones generales.

S/signos de alarma.

Del Hospital fue llevado a su casa materna ubicada en el sector rural y allí, en la noche, presentó dificultades respiratorias. Al día siguiente la encargada del hogar comunitario se rehusó a recibirlo hasta tanto lo evaluara el médico. Por ello la

madre acudió de nuevo al hospital, a las 8:45 a.m. del 28 de noviembre de 2002, en el servicio de urgencias. Allí fue evaluado por un médico en servicio social obligatorio, quien dejó las siguientes anotaciones en la historia:

Motivo de consulta: "se ahoga".

Enfermedad actual: ayer se pasó un cuerpo extraño. La mamá refiere episodios de disnea durante la noche por lo cual consulta.

Antecedentes: (-) .

Revisión por sistemas: Rinirrea Hialina.

Examen Físico: FC: 98 TA: FR: 28 Tº 37 PESO: 27.5 Kg.

BEG sin SDR C/P sibilancias campo derecho. Abd: ok ORL:Orofaringe congestiva, rinorrea, alitosis.

LDX: 1) Cuerpo extraño vía aérea?

2) Rinofaringitis

SS/Rx de toráx

Rx de tórax: no evidencia de cuerpo extraño no colapsos.

Salida con tto. Sintomático para rinofariongitis ibuprofeno, loratadina, suero fisiológico nasal. (transcripción del Hospital, fl. 73, c2).

Con la orden de alta, el niño regresó al hogar comunitario, y en la mañana llevó un comportamiento normal, incluida en la participación de los juegos infantiles. Al medio día, cuando se encontraba dormido, hizo crisis respiratoria en las primeras horas de la tarde y por tercera vez asistió al servicio hospitalario de urgencias, esta vez, acompañado por la madre comunitaria, a las 2:00 p.m. del mismo día.

Los recibió el médico que lo había atendido en la mañana anterior (RM/716/2000), quien asentó en la historia lo siguiente:

Pcte que ingresa al servicio de urgencias en paro respiratorio-según madre comunitaria que estaba a cargo.

Refiere ingesta al parecer de cuerpo extraño en v. aérea (shaquira)

Antecedentes se desconocen.

Examen físico REG – afebril – hidratado – inconsciente – alerta (-) FC116- x FR 0.

Nomocefalo – palidez cutánea – no ventila ni respira normalmente.

Cianosis labial – pupilas plenas – cuello normal

C/P no respira. Abd RslS (+) blando depresible no oloroso.

Ext: 1) cuerpo extraño v. Aérea.

Plan:

4. soporte ventilatorio – LEV

5. se aspiran secreciones nasales

6. se coloca TOT 4,5

Salida secreción sero- hemática

Se remite H. Yopal x cuerpo extraño v. aérea

Transcripción del hospital, (fls. 73 y 74, c2).

El paciente llegó al hospital de Yopal E.S.E. a las 14:51:47 horas del mismo día. Allí fue recibido “en mal estado general, intubado, inician sedación relajación y analgesia cambian tubo por tubo orotraqueal 5.5 y se aspira moderada cantidad de liquido sanguinolento, satura 96. a la auscultación refieren hipoventilación bibasal con sibilancias en la base derecha. Es remitido en avión ambulancia urgente a esta” (notas manuscritas al folio 46, c2; transcripción mecánica del hospital de la Misericordia, Bogotá, fl. 124, c2).

Recibido esa noche en el hospital de la Misericordia en Bogotá, al parecer a las 22:00 horas, en muy mal estado general, fue sometido a maniobras de reanimación en la unidad de cuidados intensivos a partir de las 22:05 horas, según protocolo de asistolia y falleció media hora después (fl. 124, c2)”⁷¹.

⁷¹ Tribunal administrativo de Casanare. Radicado 850012331002- 2003-00145-00

La referencia del expediente refiere REPARACIÓN – acto médico- diagnóstico impreciso.

Existe en este caso, denominación de mala asistencia médica, diagnóstico equivoco, carencia de personal calificado y especializado, inadecuado material clínico, y una total negación a la implementación de los preceptos constitucionales en materia de salud, pues siendo el departamento del Casanare un sitio rico en recursos naturales que dan unas buenas regalías al territorio casanareño, deberíamos tener una salud ejemplo para el resto del país.

12.3. Caso 2. Pero existen más perlas. Con el radicado No. 85001 – 23 – 31 – 003 – 2005 – 00299 – 00 del juzgado 2º Administrativo del Circuito de Yopal Casanare, se recepcionó la demanda de Miguel Antonio Vergara y otros, contra el Departamento de Casanare, para que por intermedio de ella se declarara responsable al departamento, por la muerte del menor: Miguel Alfred Vergara Crespo de 15 días de nacido, toda vez, que el niño fue llevado al centro médico de Trinidad Casanare por un cuadro febril, el cual fue diagnosticado y formulado con medicamentos los cuales no dieron ningún resultado para la mejoría de éste, razón por la cual, tuvo que ser llevado nuevamente al centro de salud, pero ya presentaba complicaciones respiratorias, que hicieron que fuera trasladado al Hospital de Yopal, pero en la trayectoria del paciente a Yopal, éste fallece.

Relacionan en la demanda que hubo negligencia del personal médico que lo atendió, pues el procedimiento realizado no surtió el efecto deseado, ya que no se le practicaron exámenes para tratar la enfermedad, y ésta se agravó a tal punto que comprometió su vida.

Los médicos que lo atendieron señalaban que le habían hecho el procedimiento de rigor. En el problema de fondo de la sentencia, anota el Juez que “se probó en el expediente que el menor ingresó en tres ocasiones al mismo centro de salud en

menos de 24 horas, que no se le practicaron exámenes de laboratorio que hubiesen podido adecuar el diagnóstico, y, que siempre se le diagnosticó un proceso viral”.

Se dice además que de acuerdo a lo actuado se “abren las puertas a la ligereza e imprecisión en el diagnóstico con que se manejó la situación médica del paciente en referencia”. Acentúa demás el Juzgado que “las anteriores precisiones nos corroboran que la entidad demandada no pudo demostrar que actuó con eficiencia, prudencia y la idoneidad requeridas por las circunstancias propias del caso médico tratado, quedando así demostrado el nexo causal respectivo entre su actuación y el daño ocasionado.

Por lo señalado, éste despacho judicial ha determinado que la parte demandada se encontraba en condiciones más favorables de demostrar la no existencia de la falla que produjo el daño cuya indemnización se reclama, infiere que la falla presunta establecida en contra del departamento de Casanare no fue desvirtuada y como consecuencia de ello debe responder por los perjuicios causados a los demandantes”.

Es decir se puede inferir que en las tres ocasiones que fue llevado el niño al médico, no se tuvo la suficiente capacidad para investigar cual era el verdadero cuadro patológico que presentaba el menor, para de esa manera haber podido recomendar el tratamiento adecuado a seguir, tal vez, como lo anota el juzgado hubo una ligereza en el diagnóstico y no hubo apropiación del caso.

12.4. Caso 3. Continuando con la jurisprudencia hacemos referencia al expediente 850012331003-2000-00333-00, del Tribunal Administrativo de Casanare, en el que hacen responsables al Hospital de Yopal y al Instituto de seguro social, por la muerte del Señor William Rodríguez Muñoz, y los condenan a pagar la indemnización correspondiente referida en la sentencia.

El caso que refiere, en síntesis, está enunciado según los hechos así:

El Señor William Rodríguez Muñoz, el 26 de diciembre de 1998, debido a un fuerte dolor de cabeza, sus compañeros lo llevaron de urgencias a la Clínica Casanare, donde atienden a los afiliados del ISS, allí le diagnosticaron una intoxicación, y fue dado de alta ese mismo día a las 6:00 p.m.

Posteriormente continuó con los fuertes dolores de cabeza, razón por la cual acudió en varias oportunidades a la Clínica Casanare, pero ningún médico le ordenó hacerse exámenes, tan solo le recomendaban reposo y calmantes.

El 02 de enero de 1999, ante la persistencia de dolor que lo aquejaba, el paciente y su compañera acudieron al Hospital de Yopal (...), el Doctor Guffine le diagnosticó migraña y le recetó calmantes, permaneció así hasta el 18 de enero, acudiendo esporádicamente al hospital.

El 18 de enero de 1999, en horas de la mañana, su esposa lo encontró en estado de inconciencia en el baño de su casa, acudieron nuevamente al Hospital de Yopal y el médico, Doctor Guffine, ante la insistencia de la señora le ordenó un TAC, que fue practicado ese mismo día en el centro de escanografía de Yopal, dando como resultado: TAC de cráneo con contraste normal.

Con base en el TAC, el Doctor Guffine le dijo al Señor Rodríguez Muñoz que se encontraba en buen estado de salud, que tan solo padecía de problemas estrés por exceso de trabajo.

La esposa del paciente le solicitó al médico que ordenara la remisión del Señor Rodríguez a Bogotá, pero su respuesta fue negativa, por considerar que el paciente se encontraba en buenas condiciones físicas..., pero ante la insistencia,

el médico Guffine ordenó su hospitalización, la que transcurrió del 18 al 22 de enero de 1999, cuando fue dado de alta y le ordenaron volver en 20 días.

Ese mismo día su esposa continuó suplicando para que fuera enviado el paciente a Bogotá, por parte del ISS, hasta que accedió a lo solicitado pero se ordenó su remisión por consulta externa, quedando mal elaborada la remisión, porque no podía ser por consulta externa, porque se trataba de un paciente hospitalizado, y se le debía enviar en las mismas condiciones, es decir, con cama y atención en el camino y no por consulta externa que significaba que viajaría por su cuenta y riesgo.

Para enmendar el error cometido en la orden de remisión tardaron hasta el 25 de enero de 1999, después se ordenó la remisión a Bogotá a la Clínica Marly con el neurólogo Juan García.

En horas de la tarde del 25 de enero el paciente ingresó a la Clínica de Marly en estado de inconciencia y al estudiar el TAC que se le tomó en Yopal, concluyeron que desde esa época, es decir, desde el 26 de diciembre de 1998, presentaba claras evidencias de hemorragia, inmediatamente se le ordenó otro TAC, donde se apreció el mismo problema pero en estado más avanzado, textualmente dice la escanografía: <se aprecia extensa hemorragia subaranoidea con drenaje intraventricular probablemente secundaria a ruptura de aneurisma localizado en el territorio de la arteria cerebral anterior>.

El especialista Juan García le manifiesta a la señora que al paciente se le había reventado la arteria desde el 26 de diciembre de 1998, y que en ningún momento esos síntomas eran de intoxicación o migraña.

Para tratar de salvarle la vida le practicaron una cirugía para drenarle pero ya era demasiado tarde, William Rodríguez no volvió a recuperar el conocimiento y el 01 de febrero de 1999 falleció.

En la contestación de la demanda se asevera entre otras cosas que: “los médicos del Hospital de Yopal no podían diagnosticar nada diferente a la cefalea vascular ya que no existía (sic) ningún apoyo clínico para hacerlo en forma diferente”. Y le achaca la culpabilidad a la Clínica de Marly, por cuanto fue en ese centro donde falleció, además alegó obligaciones de medio y no de resultado.

En un peritaje solicitado por el Tribunal a la Academia Nacional de Medicina ésta sostuvo que: “el manejo médico que se le dio al paciente en el Hospital de Yopal, se apartó de la norma de atención, ya que no es razonablemente aceptable la confusión clínica de la hemorragia subaranoidea que tenía el paciente, con la enfermedad llamada cefalea vascular o migraña.

El cuadro clínico obligaba a descartar la hemorragia subaranoidea con una punción lumbar. Así la punción lumbar hubiese resultado negativa, el hecho de no hacerse, hizo que se le privara de un estudio que recomienda la norma de atención para este tipo de casos. El TAC era adecuado para estudiar su patología, pero no suficiente...”.

De acuerdo a la sentencia, hubo negligencia y falta de pericia en el personal médico del hospital, pues no practicaron los procedimientos adecuados para el caso, comprobándose una vez más, la carencia del servicio, de instrumentos a aparatos adecuados, así como de personal calificado para esas eventualidades.

Podríamos llenar miles de hojas con las sentencias que han sido proferidas en la misma razón, comprobándose la mala prestación del servicio, tanto en negligencia de los médicos tratantes, como en la equivocación de los diagnósticos, con

consecuencias catastróficas para las familias de los pacientes y también para el departamento del Casanare que ha tenido que indemnizar a los familiares.

Tal vez los dineros pagados en las demandas han podido servir para dotar a la red de hospitales del departamento de una infraestructura acorde con los requerimientos de la medicina moderna, y de la misma manera, contratar personal especializado en las diferentes ramas de la medicina, pues es evidente que con los traslados a la ciudad de Bogotá en busca de personal capacitado y especializado, se pierde tiempo valioso que puede dar una oportunidad de vida.

Con los cuadros expuestos a continuación hacemos una referencia de la realidad del sistema de salud en el departamento, para los años 1999 al 2008.

En éste cuadro se aprecia que por la cantidad de afiliados registrados (sin tener en cuenta la población total), únicamente se contaba con cinco (5) hospitales y tres clínicas en todo el departamento, la mayor presencia médica se cuenta con centros de salud y puestos de salud, éstos últimos con las limitaciones propias de esos centros de atención, tanto en capacidad locativa e instrumental, como de personal.

12.5. Cuadro 1. Red de Instituciones en Salud Casanare.

MUNICIPIO	Afiliados R. Contributivo	Afiliados R. Subsidiado	EPS	ARS	Hospital	Clinica	Centro de Salud con Camas	Centro de Salud sin Camas	Puesto de Salud	Consultorio Médicos Generales	Consultorio Médicos Especialistas	Consultorio Odontológico	R.X.	Consultorio Optometría	Centro de Rehabilitación	Laboratorio Clínicos y patologías
YOPAL	34.257	31.604	0	0	1	2	0	7	7	16	5	28	2	5	5	7
AGUAZUL	4.873	13.832	0	0	1	0	0	2	18	1	0	4		2	1	2
CHAMEZA	85	1.917	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0		0	0	0
HATO COROZAL	366	5.584	0	0	0	0	1	0	12	0	0	1		0	0	0
LA SALINA	78	1.032	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0		0	0	0
MANI	643	8.626	0	0	0	0	1	1	7	2	0	1		0	0	1
MONTERREY	1.417	8.037	0	0	0	0	3	0	6	0	0	1		0	0	1
NUNCHIA	263	8.170	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1		0	0	0
OROCUE	334	6.413	0	0	0	0	1	1	6	0	0	0		0	0	0
PAZ DE ARIPORO	2.663	25.417	0	0	1	0	0	1	14	6	0	7		0	1	4
PORE	290	6.796	0	0	0	0	1	0	4	0	0	1		0	0	0
RECETOR	86	1.531	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0		0	0	0
SABANALARGA	216	2.543	0	0	0	0	1	0	2	0	0	1		0	0	0
SACAMA	68	1.420	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0		0	0	0
SAN LUIS DE P.	169	6.675	0	0	0	0	1	1	4	0	0	0		0	0	0
TAMARA	288	7.201	0	0	0	0	1	0	10	0	0	1		0	0	0
TAURAMENA	3.354	9.434	0	0	1	0	0	1	8	0	1	1		0	1	1
TRINIDAD	236	4.290	0	0	0	0	1	1	5	0	0	1		0	0	0
VILLANUEVA	7.788	11.137	0	0	1	1	1	3	3	2	0	3		2	1	2
S. De Salud Dptal.			7	2	0					0						
TOTALES	57.474	161.659	7	2	5	3	17	18	107	27	6	51	2	9	9	18

Fuente: Dirección de Aseguramiento y Red de Servicios, Secretaría de Salud de Casanare, marzo 11 del 2003

En el cuadro número 2 se puede apreciar que del total de la población, el 29% no contaba para la fecha con cobertura en salud, y que, de los afiliados, el mayor porcentaje corresponde al regimen subsidiado, connotándose la poca capacidad de pago en la población, únicamente el 19%, que son quienes pagan por los servicios y que aparecen en el apéndice de color azul del cuadro.

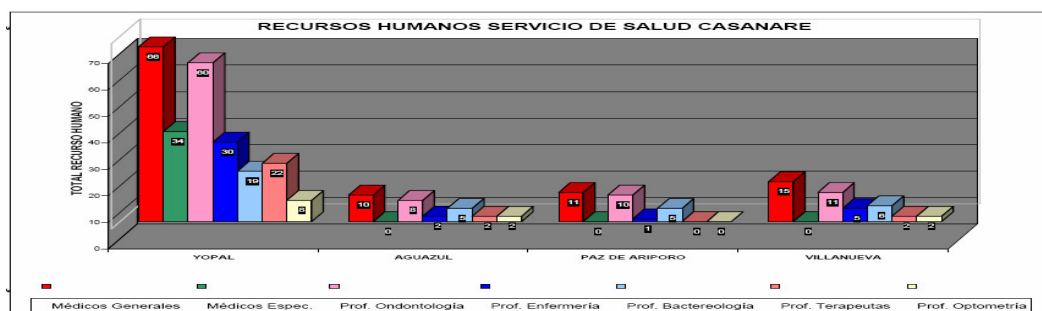
12.6. Cuadro 2. Recurso Institucional por Municipio Sector Salud Casanare



Fuente: Dirección de aseguramiento y red de servicios secretaría de salud de Casanare, marzo 11 de 2003.

Haciendo referencia solamente a los municipios más importantes del departamento, se puede ver la carencia de personal médico, registrándose médicos especializados solamente en Yopal, que es la capital del departamento, pero en los otros municipios la carencia es total de ese personal, como lo demuestra la segunda gráfica.

12.7. Cuadro 3. Recurso Humano servicio de salud Casanare



Fuente: Dirección de aseguramiento y red de servicios secretaria de salud de Casanare, marzo 11 de 2003.

12.8. Cuadro 4. Total recurso médcio Casanare

MUNICIPIO	Médicos Generales	Médicos Espec.	Prof. Ondontología	Prof. Enfermería	Prof. Bactereología	Prof. Terapeutas	Prof. Optometría
YOPAL	66	34	60	30	19	22	8
AGUAZUL	10		8	2	5	2	2
CHAMEZA	1	0	1	0	0	0	0
HATO COROZAL	2	0	2	0	1	0	0
LA SALINA	1	0	1	0	0	0	0
MANI	6	0	3	1	3	0	0
MONTERREY	7	0	6	1	3	0	0
NUNCHIA	2	0	3	0	0	0	0
OROCUE	4	0	3	1	1	0	0
PAZ DE ARIPORO	11	0	10	1	5	0	0
PORE	2	0	2	0	1	0	0
RECETOR	1	0	1	0	0	0	0
SABANALARGA	2	0	2	0	1	0	0
SACAMA	1	0	1	0	0	0	0
SAN LUIS DE P.	3	0	2	0	1	0	0
TAMARA	2	0	2	1	1	0	0
TAURAMENA	7	0	5	1	4	1	0
TRINIDAD	3	0	4	1	1	0	0
VILLANUEVA	15	0	11	5	6	2	2
TOTALES	146	34	127	44	52	27	12

Fuente: Area de I.V.C., Secretaria de Salud de Casanare. - Marzo 3 2003

12.9. Eventos de interés en salud pública Casanare

“Las enfermedades de interés en salud pública, tienen un lugar preferencial dentro del perfil epidemiológico del departamento. El dengue, por ejemplo, se ha clasificado como endémico en la zona, con un número constante de casos por período epidemiológico. La presencia de algunas enfermedades, por su modo de transmisión y grado de virulencia, reflejan el estado de los servicios de saneamiento básico como las hepatitis viricas. Otras, son altamente contagiosas y pueden incapacitar temporalmente como la varicela.

Durante el año 2000, se reportaron 1780 casos de enfermedades infecciosas de interés en salud pública, de las cuales, la varicela fue la primera causa de notificación obligatoria con una tasa de incidencia de 17 casos por 10,000 habitantes, seguida del dengue clásico con una tasa de incidencia de 14 casos por 10.000 habitantes.

En el 2001, el número de casos reportados se triplicó, por la inclusión de IRA Y EDA dentro del SIVIGILA, las cuales estuvieron entre las primeras causa de notificación. La infección respiratoria aguda en menores de 5 años, ocupó el primer lugar, con una tasa de incidencia de 281 casos por 10,000 menores de 5 años⁷².

12.10. Cuadro 5. Estadística epidemiológica del Casanare 2000-2001

LOCALIDAD	AÑO 2000			AÑO 2001			Variac.
	CASOS	%	Tasa de Incidencia*	CASOS	%	Tasa de Incidencia*	
Varicela	401	22,5%	16,5	723	15,5%	28,9	322
Dengue Clásico	335	18,8%	13,8	491	10,5%	19,6	156
Exposición rábica	275	15,4%	11,4	248	5,3%	9,9	-27
Hepatitis A	181	10,2%	7,5	189	4,0%	7,6	8
Malaria por vivax	108	6,1%	4,6	120	2,6%	4,8	12
Intoxicación alimentaria	62	3,5%	2,6	0	0,0%		
Mortalidad perinatal	53	3,0%	1,5**	0	0,0%		
Tuberculosis	50	2,8%	2,1	0	0,0%		
Malaria Falciparum	45	2,5%	1,9	0	0,0%		
Infección Respiratoria Aguda en mayores de 5 años				690	14,8%	**193,1	
Infección Respiratoria Aguda en menores de 5 años				1.007	21,5%	**281,7	
Enfermedad Diarreica Aguda en Menores de 5 años				551	11,8%	**154,2	
Enfermedad Diarreica Aguda en Mayores de 5 años				405	8,7%	**113,3	
Otras	270	15,2%		252	5,4%		
TOTALES	1.780			4.676	1		471

Fuente: Oficina de Epidemiología y Estadística, Secretaría de Salud de Casanare.

*Por 10,000 habitantes. Población 2000=242183, Población 2001=249868

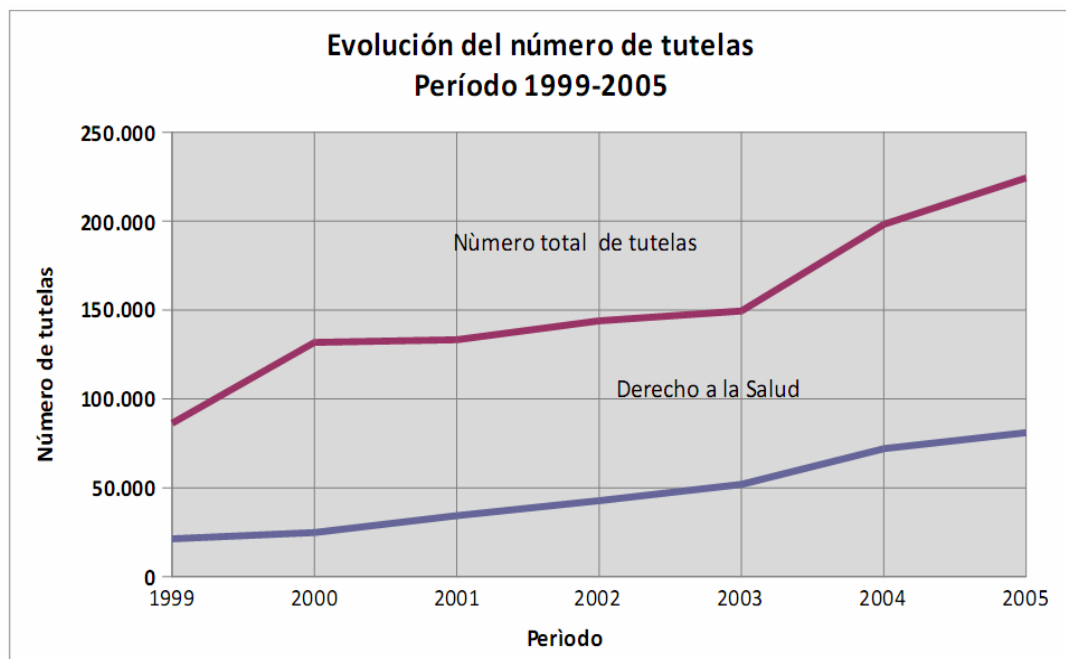
** Tasa de mortalidad perinatal, Nacidos vivos 2000=34700

⁷² Secretaría de salud de Casanare. Oficina de Epidemiología y Estadística, 2000-2001.

PARTICIPACIÓN DE LAS TUTELAS DE SALUD Período 1999- 2005						
AÑO	TUTELAS		PARTICIPACIÓN		TASA DE CRECIMIENTO ANUAL	
	SALUD	TOTAL			SALUD	TOTAL
1999	21.301	86.313	24,68%		-	-
2000	24.843	131.764	18,85%		16,63%	52,66%
2001	34.319	133.272	25,75%		38,14%	1,14%
2002	42.734	143.887	29,70%		24,52%	7,96%
2003	51.944	149.439	34,76%		21,55%	3,86%
2004	72.033	198.125	36,36%		38,67%	32,58%
2005	81.017	224.270	36,12%		12,47%	13,20%
TOTAL	328.191	1.067.070	30,76%			

Fuente: Corte Constitucional

12.12. Cuadro 7. Evolución del número de tutelas 1999-2005



Fuente Corte Constitucional 1999-2005.

En los siguientes cuadros, se hace una referencia al porcentaje de las patologías más consultadas en los establecimientos de salud de Casanare.

12.13. Morbilidad general hospital de Yopal E.S.E. 2008.

Cuadro 8. Distribución de frecuencia de la morbilidad general, Hospital de Yopal ESE, año 2008

ITEM	DIAGNÓSTICO	CANTIDAD	PORCEN.
1	EMBARAZO CONFIRMADO	6025	6%
2	PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO, PRESENTACIÓN CEFÁLICA DE VERTICE	3103	3%
3	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	2775	3%
4	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	2229	2%
5	SUPERVISIÓN DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	2140	2%
6	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	1861	2%
7	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	1605	2%
8	DOLOR LALIZAO EN OTRAS PARTES INFERIORESDEL ABDOMEN	1195	1%
9	HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	1172	1%
10	PARTO ÚNICO ASISTENCIA, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	1091	1%
11	NEUMONÍA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	986	1%
12	HERIDA DELA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA	916	1%
13	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	900	1%
14	HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA	890	1%
15	CEFALEA	847	1%
16	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL, NO ESPECIFICADO	802	1%
17	NAUSEA Y VÓMITO	802	1%
18	TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO	780	1%
19	GASTRITIS, NO ESPECIFICADA	748	1%
20	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	716	1%
21	DOLOR EN ELPECHO, NO ESPECIFICADO	707	1%
22	CÁLCULO DEL RIÑÓN	672	1%
23	PARTO POR CESAREA, SIN OTRA EPECIFICACIÓN	661	1%
24	BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	660	1%
25	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	644	1%
26	ASMA, NO ESPECIFICADA	643	1%
27	APENDICITIS, NO ESPECIFICADA	639	1%
28	INFECCIÓN VIRAL, NO ESPECIFICADA	601	1%
29	SEPSIS BACTERIANA DEL RECIÉN NACIDO, NO ESPECIFICADA	582	1%
30	OTROS DOLORS ABDOMINALES, NO ESPECIFICADOS	576	1%
31	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	567	1%
32	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	551	1%
33	FIEBRE DEL DENGUE [DENGUE CLASICO]	524	1%
34	ENFERMEDAD DE CHAGAS (CRÓNICAS) QUE AFECTA AL CORAZÓN (141.1*, 198.1*)	524	1%
35	DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	505	1%
36	CUIDADO POSTERIOR A LA CIRUGÍA, NO ESPECIFICADO	489	0%
37	FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA	476	0%
38	CEFALEA VASCULAR, NCOP	457	0%
39	HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL, NO ESPECIFICADA	448	0%
40	HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DAÑO DE LA(S) UÑA(S)	410	0%
41	AMENAZA DE ABORTO	410	0%
42	ABORTO ESPONTÁNEO: INCOMPLETO, SIN COMPLICACIÓN	401	0%
43	ESTADO ASMÁTICO	391	0%
44	EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO	391	0%
45	FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO	384	0%
46	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	374	0%
47	HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCIÓN NI GANGRENA	362	0%
48	PROCEDIMIENTO NO REALIZADO POR DECISIÓN DEL PACIENTE, POR OTRAS RAZONES Y LAS NO ESPECIFICADAS	357	0%
49	TRASTORNOS DE DISCOS INTERVERTEBRALES LUMBARES Y OTROS, CON MELOPATÍA (G99.2*)	357	0%
50	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	355	0%
	Otras Causas	53507	53%
	Total	100208	100%

Fuente: Sistema de Información Institucional GCI:

12.14. Morbilidad general, servicio de urgencias.

Cuadro 9. Distribución de frecuencia de la morbilidad general, servicio de Urgencias, Hospital de Yopal ESE, año 2008

ITEM	DIAGNÓSTICO	CANTIDAD	PORC.
1	EMBARAZO CONFIRMADO	4897	11%
2	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	2651	6%
3	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	1698	4%
4	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	1256	3%
5	DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN	1069	2%
6	HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA	908	2%
7	VAUSEA Y VÓMITO	787	2%
8	CEFALEA	771	2%
9	TRAUMATISMO DE CABEZA, NO ESPECIFICADO	688	2%
10	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	660	1%
11	INFECCIÓN VIRAL, NO ESPECIFICADA	601	1%
12	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	534	1%
13	GASTRITIS, NO ESPECIFICADA	530	1%
14	BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	511	1%
15	DOLOR EN EL PECHO, NO ESPECIFICADO	504	1%
16	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	488	1%
17	ASMA, NO ESPECIFICADA	485	1%
18	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	451	1%
19	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	438	1%
20	FIEBRE DEL DENGUE [DENGUE CLASICO]	427	1%
21	AMENAZA DE ABORTO	397	1%
22	HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DAÑO DE LA(S) UÑA(S)	388	1%
23	ESTADO ASMÁTICO	366	1%
24	NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	363	1%
25	HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	336	1%
26	AMIGDALITIS AGUDA; NO ESPECIFICADA	334	1%
27	ABORTO ESPONTANEO: INCOMPLETO, SIN COMPLICACIÓN	333	1%
28	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	316	1%
29	URTICARIA ALÉRGICA	299	1%
30	TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO	298	1%
	Otras Causas	21353	53%
	Total	45137	100%

Fuente: Sistema de Información Institucional GCI:

12.15. Morbilidad general servicio de hospitalización.

Cuadro 10. Distribución de frecuencia de la morbilidad general, servicio de Hospitalización, Hospital de Yopal ESE, año 2008

ITEM	DIAGNÓSTICO	CANTIDAD	PORCEN.
1	PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO, PRESENTACIÓN CEFÁLICA DE VÉRTICE	1535	13%
2	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	661	6%
3	PARTO ÚNICO ASISTIDO, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	541	5%
4	EMBARAZO CONFIRMADO	395	3%
5	PARTO POR CESAREA, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	313	3%
6	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	308	3%
7	NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	295	3%
8	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	288	3%
9	SEPSIS BACTERIANA DEL RECIÉN NACIDO, NO ESPECIFICADA	235	2%
10	APENDICITIS, NO ESPECIFICADA	177	2%
11	PARTO POR CESAREA ELECTIVA	150	1%
12	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	122	1%
13	PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	115	1%
14	NEUMONÍA NO ESPECIFICADA	108	1%
15	NACIDO VIVO, ÚNICO	91	1%
16	DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIÉN NACIDO, NO ESPECIFICADA	74	1%
17	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	70	1%
18	BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	67	1%
19	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	66	1%
20	ICTERIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	65	1%
21	FETO Y RECIÉN NACIDO AFECTADOS POR AFECCIÓN MATERNA NO ESPECIFICADA	64	1%
22	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	62	1%
23	EMBARAZO ECTÓPICO, NO ESPECIFICADO	59	1%
24	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA CON EXACERBACIÓN AGUDA NO ESPECIFICADA	59	1%
25	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	58	1%
26	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	55	0%
27	CARDIOMIOPATÍA DILATADA	53	0%
28	FIEBRE DEL DENGUE HEMORRÁGICO	51	0%
29	CELULITIS DE SITIO NO ESPECIFICADO	51	0%
30	FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA	49	0%
	Otras Causas	5254	46%
	Total	11491	100%

Fuente: Sistema de Información Institucional GCI:

12.16. Morbilidad general servicio de consulta externa

Cuadro 11. Distribución de frecuencia de la morbilidad general, servicio Consulta Externa, Hospital de Yopal ESE, año 2008

ITEM	DIAGNÓSTICO	CANTIDAD	PORCEN.
1	CÁLCULO DE RIÑÓN	369	1%
2	CEFALEA VASCULAR, NCOP	310	1%
3	CONSULTA PARA ATENCIÓN Y SUPERVISIÓN DE LA SALUD DE OTROS NIÑOS O LACTANTES SANOS	273	1%
4	CUIDADO POSTERIOR A LA CIRUGÍA, NO ESPECIFICADO	489	2%
5	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN E COMPLICACIÓN	204	1%
6	DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	418	1%
7	DIENTES INCLUIDOS	258	1%
8	EMBARAZO CONFIRMADO	338	1%
9	ENFERMEDAD DE CHAGAS (CRÓNICA) QUE AFECTA AL CORAZÓN (141.2*, 198.1*)	510	2%
10	EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO	247	1%
11	FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA	301	1%
12	FRACTURA DE LA EPÍFISIS INFERIOR DEL RADIO	257	1%
13	GASTRITIS, NO ESPECIFICADA	206	1%
14	HERNIA ABDOMINAL NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCIÓN NI GANGRENA	245	1%
15	HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCIÓN NI GANGRENA	291	1%
16	HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCIÓN NI GANGRENA	280	1%
17	HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA	773	2%
18	HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	768	2%
19	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	268	1%
20	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	397	1%
21	INSUICEINIA CARDIACA NO ESPECIFICADA	256	1%
22	LEIOMIOMA DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	238	1%
23	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	244	1%
24	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGÍA	265	1%
25	PREPUCIO REDUNDANTE, FIMOSIS Y PARAFIMOSIS	209	1%
26	PROCEDIMIENTO NO REALIZADO POR DECISIÓN DEL PACIENTE, POR OTRAS RAZONES Y LAS NO ESPECIFICADAS	354	1%
27	SUPERVISIÓN DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	1446	5%
28	SUPERVISIÓN DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO	686	2%
29	TRASTORNOS DE DISCOS INTERVERTEBRALES LUMBARES Y OTROS, CON MIELOPATÍA (G99.2*)	342	1%
30	VARICES EN OTROS SITIOS ESPECIFICADOS	224	1%
	Otras Causas	20623	64%
	Total	32089	100%

Fuente: Sistema de Información Institucional GCI:

12.17. Morbilidad general servicio ambulatorio

Cuadro 12. Distribución de frecuencia de la morbilidad general, servicio Ambulatorio, Hospital de Yopal ESE, año 2008

ITEM	DIAGNÓSTICO	CANTIDAD	PORCEN.
1	PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO, PRESENTACIÓN CEFÁLICA DE VÉRTICE	1535	13%
2	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	661	6%
3	PARTO ÚNICO ASISTIDO, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	541	5%
4	EMBARAZO CONFIRMADO	395	3%
5	PARTO POR CESAREA, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	313	3%
6	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	308	3%
7	NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	295	3%
8	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	288	3%
9	SEPSIS BACTERIANA DEL RECIÉN NACIDO, NO ESPECIFICADA	234	2%
10	APENDICITIS, NO ESPECIFICADA	177	2%
11	PARTO POR CESAREA ELECTIVA	150	1%
12	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	122	1%
13	PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	115	1%
14	NEUMONÍA NO ESPECIFICADA	108	1%
15	NACIDO VIVO, ÚNICO	99	1%
16	DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIÉN NACIDO, NO ESPECIFICADA	74	1%
17	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	70	1%
18	BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	67	1%
19	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	66	1%
20	ICTERIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	65	1%
21	FETO Y RECIÉN NACIDO AFECTADOS POR AFECCIÓN MATERNA NO ESPECIFICADA	63	1%
22	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	62	1%
23	EMBARAZO ECTÓPICO, NO ESPECIFICADO	59	1%
24	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA CON EXACERBACIÓN AGUDA NO ESPECIFICADA	59	1%
25	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	58	1%
26	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	55	0%
27	CARDIOMIOPATÍA DILATADA	53	0%
28	FIEBRE DEL DENGUE HEMORRÁGICO	51	0%
29	CELULITIS DE SITIO NO ESPECIFICADO	51	0%
30	FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA	49	0%
	Otras Causas	5248	46%
	Total	11491	100%

Fuente: Sistema de Información Institucional GCI.⁷³

Así como quedó contemplado en los casos expuestos y los cuadros que dan sustento a la salud en el departamento del Casanare, podemos colegir que la situación no tiene ninguna variación con respecto al país en general, pues se hace preciso que los pacientes acudan al mecanismo de la tutela para poder acceder al servicio de salud, cuando son necesarias intervenciones, procedimientos y traslados que en la mayoría de los casos no están contemplados en el POS. Y en igual forma, los establecimientos de salud del

⁷³ Secretaría de Salud de Casanare.

departamento del Casanare, distan mucho de contemplar la excelencia que deberían tener, atendiendo a las posibilidades económicas con que cuenta el departamento.

13. CONCLUSIONES

Desde nuestra óptica, la responsabilidad del Estado no está relegada en el servicio de salud, en lo expuesto a través del trabajo se ve que lo preceptuado en la Constitución Nacional (artículo 49), en cuanto al compromiso con el conglomerado debe primar lo general sobre lo particular, de ahí, se deduce que uno de los servicios que constituye la atención primaria (servicio de salud), ha de ser prestado en condiciones de máxima consagración, es decir, los procedimientos, medicamentos y atención de urgencias, no pueden ser discriminados ni condicionados a voluntad de quien presta el servicio, sino que una vez se dé la condición para que la persona reciba la atención, ésta tiene que ser dada inmediatamente, porque ese precisamente es uno de los casos que más le ha traído consecuencias onerosas al Estado (artículo 90 C.N.), la negligencia en la prestación del servicio, los diagnósticos equivocados, y en general, la mala práctica médica.

El Honorable Consejo de Estado no ha sido ajeno a la problemática en la salud de los colombianos, en los diferentes fallos emitidos y de los que hacemos referencia en varios apartes de éste trabajo, podemos colegir que efectivamente las condenas no se han hecho esperar, mas sin embargo, pareciera que no se toman los correctivos que debieran realizarse, incluso la intervención de la Honorable Corte Constitucional, en el mismo sentido, ha estado a la luz del llamamiento que se hiciera en la unificación de las sentencias que realizó en la sentencia T-760 de 2008, cuando determinó con fechas perentorias el cronograma que debería seguirse por cuenta de los prestadores de la salud en Colombia, pero como siempre se quedó en pronunciamientos románticos que son desatendidos maliciosamente por los operadores del servicio con la anuencia del Estado.

El caso Casanare se mantiene latente, las políticas públicas en la materia no parecen que vayan en el sentido de querer mejorar, toda vez que quienes habitamos la región podemos aseverar que no existe alguna obra nueva que signifique un nuevo centro de atención de primera calidad acorde con la necesidad de la población, y si eso pasa en la cabecera municipal, qué decir de los lugares apartados donde es más precaria la situación. Y si nos atenemos a las fuentes consultadas y citadas dentro de la investigación, por ejemplo lo relacionado al total del recurso médico (véase cuadro 4), únicamente el hospital de Yopal cuenta con algunos especialistas, mientras que los restantes municipios no tienen dentro de su personal alguno de ellos, y para que la situación sea más agravante, en muchos municipios solamente se cuenta con centro de salud o en su defecto con puesto de salud, atendidos en su mayoría por un médico en servicio social obligatorio, es decir, haciendo las pasantías, con la ayuda de un auxiliar de enfermería.

En el panorama descrito, es lógico que la mala praxis en salud se tenga que dar, lo que conlleva a que las personas busquen resarcimiento por los daños causados, razón por la cual, el Estado al ser el garante de la prestación en los servicios públicos, es el llamado a responder. Así lo pudimos comprobar con los casos fallados por la jurisdicción de lo contencioso administrativo de Casanare.

Después de lo demostrado, concluimos que médicos y pacientes tenemos que continuar compartiendo el espacio vital, que es imposible evitar que los casos se sigan presentando, porque siempre va imperar el factor humano, es decir, quienes se encargan de los procedimientos en salud, son médicos de la especie humana, que no han sido reemplazados por robots, y de la misma manera, los pacientes también lo son.

De la misma manera, sabemos que aunque es penoso pensarlo, y que por más acciones que tomemos, esto no le va a devolver la salud y mucho menos la vida al paciente, se debe acudir a la jurisdicción, en aras de lograr que cada día sea más expedito el accionar de los cirujanos; humanizando la atención, que si bien es cierto se tengan que presentar casos adversos a los esperados, estos sean porque se salen de las manos del cuerpo médico y no porque hubo falla o error en la apreciación o el proceder de estos en el diagnóstico y los procedimientos, y menos aún que la desgracia se presentó por falta de un aparato adecuado que sirviera para la ayuda del personal médico en el procedimiento.

De tal suerte, que la disputa es grande, porque pacientes y médicos deben estar en constante lucha contra el factor tiempo y de riqueza que ha querido implantar la industria de la medicina, pues la práctica médica tiende a circunscribirse a lo económico, dejando de lado la vocación por el arte.

Así, como la importancia de descubrir en el enfermo el diagnóstico apropiado que signifique la salud del mismo. Que opere la efectividad, la eficacia y la prontitud en la atención; que los resultados clínicos sean beneficiosos al paciente y de no poder evitar un resultado adverso, este sea producto de la complejidad de la enfermedad y no del descuido del cuerpo médico y del desacierto en las apreciaciones del padecimiento.

En el mismo sentido, así como el Estado quiso quitarse la carga de la prestación del servicio de salud, permitiendo la aparición de entes privados, este debe poner en marcha programas públicos de políticas sanitarias que conlleven a un mejor vivir en la población. Igualmente programas de prevención en salud, apropiándose así de lo que debe hacer como Estado, pues es penoso que con los adelantos en la ciencia médica se retroceda en el país en los aspectos de la radicación de males endémicos o contagiosos, que en otros lugares del mundo los tienen eliminados por completo.

Por otro lado, el escepticismo en la medicina convencional ha traído como consecuencia el resurgir de prácticas empíricas en el ejercicio médico, como los remedios caseros, la auto medicación, la chamanería y clínicas clandestinas donde se practican abortos y procedimientos estéticos que a veces cobran la vida de los pacientes, anunciados en los noticieros esporádicamente. Se entiende que en algunas ocasiones esas ayudas se convierten en la única solución, pues bien sabido es que aun en Colombia tenemos lugares apartados de las grandes ciudades donde los cuidados médicos son confiados a galenos recién egresados de las facultades de medicina, quienes hacen su práctica médica (año rural), pero quienes también se encuentran limitados porque los recursos con los que cuentan los hospitales de municipios apartados, son muy precarios, careciendo absolutamente de cualquier ayuda que pueda brindar un aparato médico mecánico, así como de los suministros quirúrgicos necesarios en cualquier institución de salud; incluso, de los mas elementales, como puede ser una bolsa de sangre.

Entonces, ¿Cómo exigir un mejor resultado? La medicina ha jugado un papel importante en el desarrollo de la humanidad, pero quiéranlo o no, esta se ha conceptualizado o aplicado dependiendo del nivel socioeconómico que posea quien necesita el servicio o la importancia que el paciente tenga en el conglomerado social, pues los servicios de salud están estratificados, quienes tienen medios, pueden acceder a la medicina prepagada, y quienes no poseen esos recursos, pues deben solicitarla por intermedio de la subsidiada que no contempla situaciones especiales de atención.

De tal suerte, que la aplicación de los recursos y de los conocimientos del operador de la salud, tienden a clasificarse, dejando de lado el juramento que otrora hiciera el cirujano para su graduación.

Asimismo, por muchas ganas que el médico tenga de atender al paciente o dedicarle mayor tiempo a la consulta y a la investigación de la enfermedad del paciente, este se encuentra maniatado, porque se ha convertido en un instrumento de progreso para las empresas prestadoras de salud, pues tiene cronometrado el tiempo de charla con el enfermo, así como el suministro de exámenes y medicamentos.

Es penoso ver como en la entrada de los hospitales se mueren las personas por falta de atención, pues por muy enfermo que llegue el paciente a la sala de urgencias, este no es atendido si no cuenta con un carnet que acredite su pago a la EPS. A este tenor se ha llegado, a la practica de rechazar al paciente cuando este presenta un cuadro clínico complicado, sometiéndolo al llamado paseo de la muerte, pues cuando es finalmente aceptado en algún centro medico, ya es tarde porque el deterioro de la salud no da espera, produciéndose el fallecimiento del dolido.

La atención social en salud quedo completamente relegada, pues la industrialización de la salud ha hecho que esta sea olvidada por completo. Prima más la protección por parte del Estado a los capitales de la libre empresa en la que se ha convertido la salud, que la atención social al conglomerado en general. La condición de Estado social no existe, pues la salud y la atención en todos los campos hacia la población que debería gozar de la mayor inversión como lo pregona la constitución, ha quedado en el olvido, porque la inversión más grande se la llevan otros campos que en nada ayudan, ni para el progreso, ni para el mejor vivir.

Con el tiempo, tal vez, se vea un catalogo de enfermedades acondicionadas por unos sistemas y una posible cura, relegando por completo la ciencia de la salud, así, como la investigación del tratante para descubrir la patología y la mejor posibilidad de cura, incluso no será necesaria la presencia del científico de la

salud, pues solo bastara en cuadrar la sintomatología a una enfermedad ya preestablecida y diagnosticar el tratamiento a seguir.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

Fuente doctrinal.

- BAYÉS, De Luna Antoni. Ad, Cardiología Clínica Ediciones El Servier, Madrid España, página 73.
- CASTELLANOS, Juan Manuel. Buena y mala practica médica, Buenos Aires, Alcotán, pag. 184-185 1996
- Diccionario Médico DOYMA, 1993.
- DI CATALDO, Vanesa. Proposición sobre mala praxis médica en la 44ª asamblea médica mundial, Marbella, España, Septiembre de 1992.
- ENTRALGO, Pedro Lain, El diagnóstico médico, Historia y teoría. Salvat 1982
- FRANCO, Astolfo. Revista Colombia Médica. Vol: 36 No. 2, 2005 (abril-junio), pag. 130-133
- MARTINEZ Luis- CALCERRADA y GOMEZL, la Responsabilidad Civil Médico Sanitaria, editorial Tecnos, Madrid España pag. 10
- ORTIZ DE LA VEGA, Manuel. Las Glorias Nacionales. Tomo III. Librería de José Cuesta, Madrid España. 1855.
- QUINTANA FERGUSON, Manuel. La Responsabilidad Civil del médico, Madrid, Trivium, 1949, citado por Llamas Pombo en la Responsabilidad Civil del Médico. Aspectos tradicionales y modernos, Madrid, Trivium, 1988.
- REVUELTAS IGLESIAS, Ana Victoria, El riesgo de la judicialización de la medicina. Revista Educación Médica, volumen 9 suplemento 1 diciembre de 2006. España.
- RODRÍGUEZ JOUVENCEL, Miguel. Manual del Perito Médico. Ediciones Díaz de Santos, pag. 230, 2002
- SAAVEDRA Becerra, Ramiro. La Responsabilidad Extracontractual de la Administración Pública. Cuarta reimpresión, 2008, Grupo Editorial Ibáñez, pag. 298-299.

- SALGUERO, Jerónimo. Médico legista, médico del Tribunal Superior de Justicia de la provincia de Corrientes (Argentina), profesor de la cátedra de medicina legal de la facultad de medicina de la UNNE. Argentina
- SERRANO Escobar, Luis Guillermo. Aspectos Críticos de la Responsabilidad Médica en la Actualidad. Bogotá, Ediciones Doctrina y Ley, 2004, pag. viii-ix.
- TAMAYO Jaramillo, Javier y otros. Responsabilidad Civil Médica en los Servicios de Salud. 1ª Edición, Medellín, Biblioteca Jurídica Dike, 1993, Pags. 301 y ss.
- TAPIA, Rodríguez, Mauricio. Responsabilidad Civil Médica: riesgo terapéutico, perjuicio de nacer y otros problemas actuales. Revista derecho (Valdivia) 2003, volumen 15 del 2009.
- ZAPLANA, José Guerrero. Las Reclamaciones por la defectuosa asistencia médica, páginas 161 a 163. Doctrina y Jurisprudencia, Legislación y Formularios quinta edición. Madrid España.
- Revista Médico Legal Número 44 página 5 Buenos Aires Argentina.

Fuente legal.

- Constitución Colombiana de 1991
- Ley 100 de 1993:
- Decreto 3039 de 2007. Plan de Salud Pública
- Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 2200 de 1966, entrada en vigor el 03 de enero de 1976.
- Ley 1122 de 2007.
- Resolución 1043 de 2006
- Acuerdo 228 de 2002

Fuente jurisprudencial.

- CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-463 de 2008. M.P. Jaime Araujo Renteria, T-001/2006 MP. Rodrigo Escobar Gil, T-264/2004, MP. Álvaro Tafur Galvis, T-1036/2000, MP. Alejandro Martínez Caballero, T-548 de 1992, M.P. Ciro Angarita Barón.
- Defensoría del Pueblo informe No. 1384 de 19 de marzo de 2009.
- Tribunal administrativo de Casanare. Radicado 850012331002- 2003-00145-00
- Expediente 850012331003-2000-00333-00 Tribunal administrativo de casanare
- Radicado No. 85001 – 23 – 31 – 003 – 2005 – 00299 – 00 del juzgado 2º administrativo del circuito de Yopal Casanare
- Secretaria de salud de Casanare

Fuente Web

- www.encolombia.com
- www.smu.org.uy/publicaciones/noticias/noticia94/art.16.htm

15. GLOSARIO

- **Ad hoc:** expresión latina que significa: para el asunto, para el caso.
- **Alitosis:** Mal aliento.
- **A.R.P. :** Aseguradora de riesgos profesionales.
- **Bibasal:** Región del cerebro que regula los hábitos.
- **Cefalea:** Dolor de cabeza.
- **Cianosis:** Coloración azul y alguna vez negruzca o amoratada de la piel, debida a trastornos circulatorios.
- **Cirugía:** Parte de la medicina que tiene por objeto curar las enfermedades por medio de operación.
- **Cirujano:** Persona que profesa la cirugía.
- **Cliente:** Persona que compra en un establecimiento o utiliza los servicios de un profesional o un establecimiento.
- **Diagnóstico:** Arte o acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos.
- **Equivoco:** Acción y efecto de equivocar.
- **Equivocar:** Tener o tomar algo por otra cosa, juzgando u obrando desafortunadamente.
- **E.P.S.:** Empresa Promotora de Salud.
- **E.S.E.:** Empresa Social del Estado.
- **Evento:** Suceso importante y programado.
- **Fibrodisplasia:** Raro desorden genético que causa que el hueso se forme en los músculos, tendones, ligamentos y otros tejidos conectivos, restringiendo progresivamente el movimiento.
- **FOP.:** Fibrodisplasia osificante progresiva.
- **Fosyga:** Fondo de solidaridad y garantía del sistema general de seguridad en salud.
- **Galeno:** Médico.

- **Hialina:** Diáfano, transparente como el vidrio.
- **Hipoventilación:** Se refiere a una respiración demasiado lenta o superficial, lo cual no satisface las necesidades del cuerpo.
- **Intraventricular:** Administración de un medicamento en una cavidad llena de líquido, dentro del corazón o el cerebro.
- **I.P.S.:** Institución Prestadora de Salud.
- **I.S.S.:** Instituto de Seguro Social.
- **Lex artis:** Expresión latina que significa: ley del arte o ley para el arte.
- **Nomocéfalo:** Relación normal de las medidas del cráneo, longitudinal.
- **Orotraqueal:** Introducción de un tubo en la vía aérea
- **Paciente:** Persona que es o va a ser reconocida médicamente.
- **Patología:** Parte de la medicina que estudia las enfermedades, conjunto de síntomas de una enfermedad.
- **P.O.S.:** Plan obligatorio de salud.
- **Praxis:** Práctica.
- **Quirófano:** Cualquier sala donde se practican operaciones médicas.
- **Rinorrea:** Inflamación de la mucosa nasal.
- **Semiología:** Estudio de los signos de las enfermedades.
- **Sibilancias:** Sonido silbante y chillón durante la respiración, que ocurre cuando el aire fluye a través de las vías respiratorias.
- **Subaranoidea:** Región del cráneo donde normalmente circula líquido cefalorraquídeo.
- **T.A.C.:** Tomografía axial computarizada.
- **Vascular:** Perteneciente o relativo a los vasos de las plantas o los animales.